



Caleidoscopio

N. 1, 2016

CALEIDOSCOPIO
Rivista di Psicoterapia e Scienze Sociali e Letterarie Correlate

NUMERO 1
2016

Il suicidio in adolescenza e nella prima giovinezza Nella Guidi	1-24
Solitudine e comunicazione: le Alpi nel mare Luisella Canepa	27-34
Un capolavoro incompiuto analisi di Fosca di I.U. Tarchetti Luigi Ferrari	37-42
Psicoterapia e teatro: appunti per un confronto possibile Paolo Tirindelli	45-56

ISSN 2724-4024 [online]
Registrazione presso il Tribunale di Bologna n. 8560
CC BY-NC-ND 4.0 – © 2022 Caleidoscopio
<https://www.caleidoscopio.eu>
rivista.caleidoscopio@gmail.com

IL SUICIDIO IN ADOLESCENZA E NELLA PRIMA GIOVINEZZA

Nella Guidi

1. Introduzione

La pulsione aggressiva nella storia della psicoanalisi

Nel 1920 in “Al di là del principio di piacere”, S. Freud¹, con una radicale revisione della sua teoria, comprese le pulsioni di autoconservazione e quelle sessuali nell’Eros ed enunciò l’esistenza di una pulsione di morte, Tanatos, contrapposta all’Eros. Nel 1932 in “Perché la guerra?” S. Freud² afferma: “La difficoltà di isolare le due specie di pulsioni (*Eros e Tanatos*) ha fatto sì che per molto tempo non si riuscisse ad identificarle”. Siamo persino giunti all’eresia di spiegare l’origine della nostra coscienza morale da questa interiorizzazione della pulsione distruttiva”.

“Il fatto che impulsi distruttivi siano mescolati con impulsi erotici e ideali, facilita naturalmente il loro soddisfacimento”. L’impasto-fusione delle pulsioni (Eros e Tanatos) e la sublimazione della libido erano i soli concetti di cui Freud disponeva per spiegare “il moderarsi degli effetti della distruttività e il favorire la libido nel raggiungere le sue mete”. Tale disimpasto sarebbe l’origine della generale caratteristica severità dell’ideale dell’Io, del suo imperativo “Tu devi”³ quindi sarà sempre pessimista sulla possibilità di controllo da parte dell’essere umano sulla sua distruttività. H. Hartmann⁴, solo successivamente, concettualizzò ed elaborò la neutralizzazione delle pulsioni e in particolare dell’aggressività, come fonte autonoma di energia a disposizione dell’Io, per gli scopi personali del singolo individuo, e della sua specifica forza dell’Io, e quindi anche come indicatore

¹ Freud S (1920). Al di là del principio di piacere. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 193-249.

² Freud S (1932). Perché la Guerra? *O.S.F.* Vol. 11. Torino: Boringhieri, 1979: 292-303.

³ Freud S (1923). L’Io e l’Es. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 475-520.

⁴ Hartmann H. *Psicologia dell’io e problemi dell’adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

della sua effettiva autonomia e assertività. D'altronde Freud⁵ già in "Dinamica della traslazione" (1912), nella sua descrizione per il trattamento nella situazione clinica del transfert, aveva contrapposto al transfert erotico, totalmente da ricondurre al passato infantile, e quindi totalmente da eliminare attraverso l'interpretazione della rimozione, il "transfert positivo irreprensibile". Questo transfert chiamato non a caso "irreprensibile" viene considerato un ingrediente indispensabile all'inizio e alla buona prosecuzione del trattamento. In quanto indice della serena fiducia per il medico cui ci si affida, è fondamentale per la conduzione della terapia. Al contrario, nella stessa opera, Freud non fa per quanto riguarda l'aggressività la stessa differenziazione. L'aggressività nella sua totalità è considerata resistenza cioè qualcosa che si oppone all'analisi e la rende spesso impossibile. Non viene concettualizzato un "irreprensibile transfert negativo"⁶ come fondamentale per la conduzione della terapia stessa, in quanto rappresentante dell'assertività del paziente e della sua relativa autonomia. Questa ambiguità di Freud nei confronti dell'aggressività, così come appare già in "Dinamica della traslazione" può essere in parte responsabile del rifiuto messo poi in atto da diversi analisti che ritennero la successiva teorizzazione di Tanatos come una sorta di speculazione filosofica di Freud, più che una nuova teorizzazione in campo pulsionale di enorme valore clinico. L'aggressività (Tanatos) venne così rifiutata da alcuni analisti, mentre altri, soprattutto terapeuti di bambini e di gravi patologie ne intravedero subito le enormi implicazioni. Sia in campo clinico che teorico attualmente la funzione della pulsione aggressiva è ancora estremamente dibattuta, così come, il suo trattamento in terapia. Le crisi di vita da Erikson⁷, segnalate come fondamentali punti di snodo fisiologici, ma sempre cruciali, nella direzione del raggiungimento di una saggia e serena vecchiaia, sembrano ora aver perso la loro connotazione di criticità e, dal punto di vista terapeutico, aver perso la loro urgenza di aiuto immediato da parte del sociale. È come se le crisi di vita si evidenziassero, invece, troppo spesso con la più drammatica ed essenziale delle manifestazioni: il suicidio impulsivo ed inaspettato, in pieno benessere. Allo stesso modo

le persone in difficoltà nel conciliare i nuovi diritti socialmente riconosciuti e i corrispondenti e susseguenti doveri verso sé e verso gli altri, si trovano spesso sole. Queste difficoltà dagli operatori sociali sono per lo più non viste, salvo poi ricorrere, a posteriori, come spiegazione all'"incomunicabilità attuale", quando risultino innegabili i danni provocati dall'impulsività del paziente. Paziente che però non era stato prima aiutato a trasformare la sua impulsività tramite un'adeguata, cauta elaborazione, e verbalizzazione con operatori sociali o con specifici specialisti, in una più ponderata e meno impulsiva attività. Viene così ad essere negata nella sua totalità l'enorme valore terapeutico della "relazione interpersonale", al di là degli studi storici, ora sempre più confermato negli studi più attuali, sia sociali che psicologici e psicoanalitici⁸. Se è vero che le crisi devono essere viste come momenti evolutivi ove le possibilità di crescita possono essere del tutto inaspettate, rimane comunque certo che le crisi sono soprattutto momenti di grave rischio personale, di grave disagio, di angosce e spesso anche di panico. Cogliere ciò in centri adeguati (pubblici o privati) ambulatori, scuole, centri sociali è di estrema importanza. Un empatico non intrusivo interlocutore che sopra tutto non abbia fretta di concludere, ma sappia aspettare, può dare inizio a uno specifico nuovo rapporto che facilita un "Nuovo Inizio". Il paziente, d'accordo con il suo terapeuta, porrà quindi termine alla loro consultazione, una volta divenuto consapevole delle difficoltà, ora più elaborate, da cui era prima oppresso. Sapendo tuttavia di potersi rivolgere allo stesso referente, per eventuali future necessità nel corso della vita. Una "Nuova Speranza" quindi che si oppone a quel senso di vuoto e di solitudine così frequenti sopra tutto nei momenti di crisi.

2. Rassegna degli articoli della letteratura internazionale

Negli Stati Uniti il suicidio è la causa più frequente di morte. I medici hanno quindi deciso di dare la priorità nazionale alla prevenzione del suicidio. Esiste una stretta correlazione tra avverse esperienze infantili e tentativi di suicidio che si

⁵ Freud S (1910-1912). Tecnica della psicoanalisi. Dinamica della traslazione. *O.S.F.* Vol. 6. Torino: Boringhieri, 1974: 523-531.

⁶ Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21 (trad. it., Il transfert negativo irreprensibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994: 37-51).

⁷ Erikson E. *I cicli della vita*. Roma: Armando, 1984.

⁸ S.A. Mitchel. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993.

possono manifestare lungo tutto l'arco della vita. Abusi^{9,10} emozionali infantili connessi a maltrattamenti fisici, disturbi dell'accudimento, abusi sessuali, sono di estrema importanza nel creare predisposizione al suicidio anche in età adulta. Individui che hanno tentato il suicidio sono sempre a rischio e questo vale soprattutto per i giovani maschi¹¹. L'essere maschio, l'essere giovane, l'avere già tentato il suicidio, costituisce la situazione a più alto rischio in assoluto per un futuro suicidio letale¹². Difficile è individuare le persone a rischio al di là della franca patologia psichiatrica¹³ (psicosi maniaco-depressiva, depressione endogena, psicosi schizofreniche). Alterazioni del comportamento che possono fare presagire rischi di suicidio si possono evidenziare in coloro che abusano di droghe e alcol¹⁴, nei casi di insuccesso scolastico o lavorativo. Separazioni, divorzi¹⁵, lutti e, soprattutto negli anziani, l'estrema povertà e la solitudine^{16,17,18}, sono potenzialmente indicatori di rischio di suicidio. Per quanto riguarda gli individui separati o divorziati¹⁹ la letteratura mostra che, in queste due categorie di adulti, il numero dei suicidi è di due, quattro volte superiore a quella degli individui regolarmente sposati²⁰. I dati sono tratti dall'U.S. National Longitudinal Mortality Study. Per ogni

donna divorziata che tenta il suicidio, nove uomini divorziati si uccidono²¹. Mentre i problemi psicologici e sociali e anche personali delle donne sarebbero prontamente denunciati e affrontati, le istituzioni tenderebbero a minimizzare i problemi degli uomini²². Nell'associazione divorzio/suicidio maschile, l'impatto della situazione post-divorzio viene considerata, per il sesso maschile, un marker per il rischio suicida^{23,24}. Gli adolescenti che vivono in famiglie con un solo genitore oppure con un patrigno o una matrigna²⁵, così come gli adolescenti adottati²⁶, hanno una più bassa autostima, più sentimenti di angoscia e solitudine, più sentimenti suicidali e intraprendono il suicidio con più frequenza degli adolescenti provenienti da famiglie integre. Sono state rilevate differenze tra ragazze e ragazzi²⁷. Sebbene le ragazze che vivono con un solo genitore²⁸ sembrano avere in generale più problemi delle ragazze che vivono in famiglie con un patrigno o una matrigna, in entrambe le categorie si riscontra un tasso di tentativi di suicidio molto più elevato di quelle che vivono in famiglie integre. Al contrario, per i maschi²⁹, il vivere con un patrigno o con una matrigna è correlato ad un più alto incremento dei tentativi di suicidio, mentre non lo è il vivere con un solo genitore. Altri lavori³⁰ segnalano invece, che il divorzio sembrerebbe non avere effetti negativi sui figli, se non a breve termine, ma a questo fine è fondamentale che il

⁹ Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.

¹⁰ Trad PV. The association between early life mental representations and suicidal behavior. *Child Psychiatry Hum Dev* 1994; 24: 201-12.

¹¹ Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-21.

¹² Swahn MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adult. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 21-9.

¹³ Mello MF. Suicide and its psychopathological relations: a qualitative analysis of 6 cases rational suicide. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 163-70.

¹⁴ Bartels SJ, Coakley E, Oxman Te et al. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10 (4): 417-27.

¹⁵ Krosowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 993.

¹⁶ Freud S (1923). L'io e l'Es. *O.S.F.* Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977: 475-520.

¹⁷ Heise MJ, Flett GL, Besser A. Cognitive functioning and geriatric suicide ideation: testing a mediational model. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10 (4): 428-36.

¹⁸ Goszcz H. Social conditions of suicidal poisonings. *Przegl Lek* 1999; 56: 422-7.

¹⁹ Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 117-21

²⁰ Goszcz H. Social conditions of suicidal poisonings. *Przegl Lek* 1999; 56: 422-7

²¹ Kposawa AJ. Marital status and suicide on the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254-61.

²² Perrault C. And if we speak about men? *Sante Ment Que* 1990; 15: 134-44.

²³ Farrel W. The myth of male power. New York: Simon and Schuster 1993: 250-286.

²⁴ Krosowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 993.

²⁵ Garnefski N, Diekstra RF. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc* 1997; 20: 201-8.

²⁶ Siap G, Goodman E, Huang B. Adoption as a risk for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics* 2001; 108: E30.

²⁷ Allison S, Roeger L, Martin G, Keeves J. gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2001; 35 (4): 498-503.

²⁸ Chase-Lansdale PL (1994). Policies for stepfamilies: crosswalking private and public domains. In: *Stepparent families with children: who benefits and who does not?* Booth A, Dunn J, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 205ss.

²⁹ Garnefski H, Diekstra RFW (1997). Adolescent from one parent, step-parent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc* 20: 201-208.

³⁰ Chase-Lansdale PL, Cherlin AJ, Kiernan KE (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective. *Child Dev* 66: 1614-34.

prendersi cura dei figli da parte dei padri³¹ non venga a mancare. Vi è stata una valorizzazione dei pediatri nella prevenzione, tramite training, per poter mettere in atto interventi nella direzione di favorire la coesione familiare e di ridurre la facilità di accesso a mezzi letali. Giovani adulti e adolescenti, come pure bambini, nel pieno di un apparente benessere e successo sociale, possono improvvisamente porre fine alla loro vita³². Allo stesso modo anziani, soprattutto uomini, che sembravano vivere del tutto serenamente. Mentre per le donne il picco del suicidio è in adolescenza e nella prima giovinezza, con un netto decremento dopo i 25 anni, per gli uomini il picco del suicidio è dai 60 agli 84 anni. Nelle donne sono più frequenti i tentativi di suicidio³³, mentre il suicidio letale è più frequente nel sesso maschile. Soprattutto nei giovani maschi le malattie fisiche gravi sono considerate un marker di rischio suicida³⁴. A due decenni da quando l'associazione psichiatrica americana ha dichiarato che l'omosessualità non deve più essere considerata una condizione patologica, le statistiche continuano a mostrare più alti tassi di depressione, di tentativi di suicidio^{35,36,37,38,39,40} e di abuso di droghe e alcol negli omosessuali, rispetto agli eterosessuali. La letteratura recente dà molta importanza all'angoscia e agli stati di panico come cause determinanti il suicidio. In particolare segnala come giovani affetti cronicamente da angoscia, possano improvvisamente andare incontro ad un'acuta e profonda depressione che può determinare un

inaspettato gesto suicida^{41,42,43}. Data la difficoltà a identificare le persone a rischio, in letteratura, si consiglia di concentrare gli sforzi sugli ideatori di suicidio che hanno verbalizzato o eseguito autolesioni e sono quindi sempre a rischio lungo tutta l'arco della vita^{44,45,46}. Purtroppo medici e personale sanitario tendono a colludere con i pazienti, sottovalutando i cosiddetti "gesti dimostrativi", "vendicativi" o "ricattatori" delle persone autolesioniste, che spesso finiscono poi con il mettere in atto suicidi letali.

Per quanto riguarda la verbalizzazione dell'ideazione suicida è in letteratura riportato, così come nella mia esperienza, come giovani maschi, sopravvissuti casualmente a mancati suicidi estremamente violenti, avessero, prima del gesto autodistruttivo, verbalizzato a parenti o amici il loro proposito, senza che questi siano stati in grado di capire il significato profondo della loro verbalizzazione, né di contenerli^{47,48,49}. Alcuni di essi nel corso dell'ultimo mese precedente il gesto suicida, avevano consultato un medico o addirittura uno psichiatra che non erano stati in grado di valutare le loro tendenze suicida. L'aumento di visita medica e ancor più di visita psichiatrica va quindi considerata un marker di rischio

³¹ Campbell D. The role of the father in a pre-suicide state. *Int J Psychoanal* 1995; 76: 315-3.

³² Kposawa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254-61.

³³ Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998; 39 (4): 165-75.

³⁴ Swahn MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adult. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 21-9.

³⁵ Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, et al. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 suppl): 60-7.

³⁶ Canetto SS. Meaning of gender and suicidal behaviour during adolescence. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27 (4): 339-51.

³⁷ Erwin K. Interpreting the evidence: competing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact". *Int J Health Serv* 1993; 23 (3): 437-53.

³⁸ Russel ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91 (8): 1276-81.

³⁹ Savin-Williams RC. Suicide attempts among sexual-minority youths: population and measurement issues. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (6): 983-91.

⁴⁰ Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000; 90 (4): 573-8.

⁴¹ Pilowsky DJ, Wu LT, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1545-9.

⁴² Strass J, Birmaher B, Bridge J, et al. Anxiety disorders in suicidal youth. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 739-46.

⁴³ Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depress Anxiety*, 2000; 11: 134-8.

⁴⁴ Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 392-405.

⁴⁵ Esposito CL, Clum GA. Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 41: 4451.

⁴⁶ Swan MH, Potter LB. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 21-9.

⁴⁷ Knott E, Range LM. Does suicidal history enhance acceptance of other suicidal individuals? *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31 (4): 397-404.

⁴⁸ Ramberg IL, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 2000; 30 (5): 1189-96.

⁴⁹ Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow MJ. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 68-75.

suicida^{50,51}. In un recente lavoro del 2012, Christopher Fowler⁵² e collaboratori affermano che, dopo anni di ricerca, la possibilità di previsione di suicidio e di seri tentativi di suicidio dal punto di vista medico, sono state eluse e l'Associazione Psichiatrica Americana ha quindi affermato che è impossibile prevedere il suicidio. Da parte loro gli autori del lavoro enfatizzano la formulazione psicodinamica sia per la diagnosi che per il trattamento delle crisi suicidal. Sottolineano poi come la psicoterapia focalizzata sul transfert porterebbe, dopo un anno di trattamento nei pazienti borderline, ad una diminuzione del numero dei suicidi. Katie C. Lewis e collaboratori nel *Poster Summaries From The 2014 Poster Session Of American Psychoanalytic Association*⁵³ affermano che nella passata decade il suicidio era stato considerato una delle più importanti cause di morte negli Stati Uniti. Tra gli anni 2009 e 2011 il suicidio è stato considerato essere una delle 5 principali cause di mortalità tra l'età di 5 e 44 anni. Alcuni studi hanno considerato l'impulsività come un importante fattore per il rischio di suicidio anche se il ruolo dell'impulsività nello sviluppo e nella capacità di determinare il comportamento suicidale rimane non chiaro. Alcuni studi hanno sottolineato che uno specifico tipo di impulsività in cui il comportamento impulsivo emerge solo in un contesto di schiacciati affetti negativi (urgenza negativa) è collegato con il comportamento suicidale^{54,55}.

Il campione utilizzato per lo studio di Katie Lewis e collaboratori è costituito da 124 soggetti, che erano stati preventivamente seguiti con 4 sedute settimanali per almeno 6 settimane. Tra questi soggetti vi è una predominanza di donne (63%) ed una predominanza di bianchi (89%). Tra tutti i 124 soggetti presi in considerazione, 67 avevano alle spalle almeno un tentativo di suicidio.

È stato riscontrato che i soggetti con un più alto livello di impulsività non

pianificata, che avevano un passato con un numero più elevato di tentativi di suicidio, mostravano anche di avere una maggiore difficoltà nel gestire impulsi aggressivi, cioè (aggressività su scala SCORS). Questo effetto non era altrettanto riscontrabile nei soggetti con bassi livelli di impulsività non-pianificata. Ciò fa emergere una significativa interazione tra l'aggressività SCORS ed i tratti di impulsività non pianificata. I soggetti con un più alto livello di impulsività non pianificata mostrano inoltre relazioni oggettuali interiorizzate ostili e malevoli. Il corrente studio è il primo che paragona le qualità delle rappresentazioni oggettuali interiorizzate aggressive inconsce, valutate attraverso tecniche proiettive, rispetto ai livelli dei riportati tratti impulsivi, per la previsione del comportamento suicidale.

Indubbiamente, nonostante rimanga ancora molto lavoro da farsi per la previsione del comportamento suicidale, nella relazione tra aggressività e impulsività, questi risultati costituiscono un supporto all'idea che l'ostilità internalizzata contribuisca ad innalzare il rischio suicidale nei soggetti che manifestano tratti di difficoltà nel considerare il rapporto causa-effetto.

3. Critica della letteratura, riflessioni personali

Questi articoli, nel complesso, riconfermano l'importanza dello stabilizzare l'identità del singolo, dell'assunzione di un ruolo sociale stabile⁵⁶. Ma questo non solo in adolescenza, bensì durante tutto l'arco della vita. La variabilità attuale dei ruoli, la loro possibilità di succedersi rapidamente nel corso della vita (convivenze, separazioni, divorzi, successive convivenze o matrimoni con successive nascite di figli da diversi partner, le così dette famiglie allargate, fecondazione artificiale omologa o eterologa), rendono più difficile non tanto il pensare di trovare una "propria nicchia nel sociale" quanto il pensare di riuscire a mantenerla in maniera stabile. Fantasie di onnipotenza-impotenza, sono così continuamente stimulate: i ruoli non più codificati, possono subire modificazioni, mutazioni. Gli individui necessitano per assumerli, sapendo di poterli perdere, per lasciarli, poi in funzione di assumerne altri, altrettanto perdibili, una attività dell'Io, una flessibilità che non è facile né conquistare, né possedere nel tempo in maniera continuativa. Le

⁵⁰ Madoz-Gurpide A, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, et al. Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 329-33.

⁵¹ Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow MJ. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 68-75.

⁵² J. Christofer Fowler, Mark J. Hilsenroth, Michael Groat, Spencer Biel, Christina Biedermann, Steven Ackerman. *International Journal of Psychoanalysis*. 60: 555-577.

⁵³ Katie C. Lewis et al., Poster Summaries From The 2014 Poster Session Of American Psychoanalytic Association, *Japa*, Vol. 62, n. 3, June 2014: 485 – 492.

⁵⁴ Bornavalova et al., 2011, Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, Policy 3: 349 – 359.

⁵⁵ Klonsky et al., 2010, Suicide & Life – Threatening Behavior 40: 612 – 619.

⁵⁶ Erikson E. *I cicli della vita*. Roma: Armando, 1984.

categorie più a rischio di suicidio, oltre quella degli adolescenti considerata classicamente tale, sono infatti quelle dei separati, dei divorziati, degli adottati, dei figli di divorziati, delle persone anziane, soprattutto maschi, ossia di tutte quelle persone che in maggior misura, hanno subito e/o provocato perdite di ruolo. Del tutto fisiologicamente, stati di passività⁵⁷ con un aumento delle manifestazioni impulsive sorgono in occasione dell'abbandono-assunzione di nuovi ruoli sociali, le cosiddette crisi di vita^{58,59,60}. Troppo spesso questo stato intrapsichico di passività dell'Io sfugge ora all'osservazione del singolo e di chi lo circonda, operatori psichiatrici compresi, mentre continua ad essere responsabile di ulteriori agite, impulsive⁶¹, razionalizzabili, e quindi socialmente accettate, assunzioni-abbandoni-riassunzioni di ruolo ad elevato contenuto auto ed etero distruttivo. Viene troppo spesso omissso un intervento di crisi immediato e indispensabile ai fini della prevenzione del suicidio, come ultimo agito irrimediabile^{62,63}. Per il sesso maschile in cui il suicidio letale è più frequente, rimane un fatto certo che in età⁶⁴,⁶⁵ giovanile, gli uomini, lo commettono per lo più per insuccessi scolastici, mentre al contrario, le donne eseguono tentativi di suicidio per delusioni sentimentali. Le modifiche nell'ambito sociale hanno fatto sì che il maschio anziano abbia repentinamente perso quelle caratteristiche di autorevolezza e di rispetto

che gli erano dovute di diritto come capo indiscusso della famiglia e per la sua saggezza maturata nell'ambito della propria vita. Nella civiltà del benessere i miti sono altri, un riconosciuto attuale successo professionale, la prestanta fisica, la forza, e quindi la giovinezza, ormai irrimediabilmente perdute. Per il sesso^{66,67} maschile, il ruolo professionale, rimane ancora fondamentale e spesso, purtroppo, l'unico. Tra l'altro oggi l'uomo ha usualmente una vicinanza e un contatto fisico con figli neonati, inusitato in epoche precedenti. Questo può però da un lato ostacolare la naturale simbiosi madre-figlio, e in seguito anche ostacolare l'utilizzo da parte del padre di competenze più specificamente congeniali al suo essere maschio, cioè l'assunzione del suo specifico ruolo educativo autorevole. Ruolo tipico del maschio, come l'etologia dimostra, di contenimento-controllo delle pulsioni, e di terzo separatore dalla madre e quindi autonomizzante nei confronti dei figli. In adolescenza, inoltre, i figli maschi soprattutto, necessitano un secondo processo di separazione-individuazione non solo dall'immagine materna ma anche da quella paterna⁶⁸. Ciò al fine di poter raggiungere l'autonomia, una piena virilità con una specifica di fase, ulteriore neutralizzazione pulsionale, sopra tutto dell'aggressività⁶⁹. Processo complicato ora dalle nuove modalità di allevamento che richiedono più presenza del padre, in fase neonatale. È reso più difficile il superamento del complesso edipico in questa situazione storica, date le condizioni attuali di allevamento, sia nei confronti del padre che della madre. Superando il complesso edipico, viene facilitata la strutturazione dell'Ideale dell'Io adulto a partire dal Super Io infantile. L'Ideale dell'Io adulto⁷⁰ rende l'individuo meno soggetto immediatamente alle influenze del sociale ed ai suoi dettami di comportamento. Separazione e divorzio rendono attualmente più difficile svolgere questi ruoli fondamentali all'uomo a scapito della sua stessa autostima e della sua piena identità virile. Al contrario separazione e divorzio, diventano semmai per le donne causa di eccessiva vicinanza ai figli, in età più prolungata dell'usuale, con pari, anche se opposte, problematiche nel superamento del complesso edipico e la strutturazione del Super Io adulto nei figli.

⁵⁷ Rapaport D. Some metapsychological consideration concerning activity and passivity. In: Merton M. Gill Ed., *The Collected Papers of Rapaport*. New York: Basic Books, p. 530-68. Trad. It.. Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e la passività. In: *Il modello concettuale della psicoanalisi*, Milano: Feltrinelli, 1977.

⁵⁸ Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

⁵⁹ Pawlak C, Pascual-Sanchez T, Rae P, Fischer W, Ladame F. Anxiety disorders, comorbidity, and suicide attempts in adolescence: a preliminary investigation. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 132-6.

⁶⁰ Ikeda RM, Kresnow MJ, Mercy JA, et al. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 60-7.

⁶¹ Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932: 94-105.

⁶² Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

⁶³ Pawlak C, Pascual-Sanchez T, Rae P, Fischer W, Ladame F. Anxiety disorders, comorbidity, and suicide attempts in adolescence: a preliminary investigation. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 132-6.

⁶⁴ Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

⁶⁵ Simon OR, Swann AC, Powell Ke, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32 (1 Suppl): 49-59.

⁶⁶ Perrault C. And if we speak about men? *Sante Ment Que* 1990;15: 134-44.

⁶⁷ Farrel W. *The myth of male power*. New York: Simon and Schuster 1993; 250-286.

⁶⁸ Blos P. Son and father. *J Am Psychoanal Ass* 1994; 2: 301-23.

⁶⁹ Hartmann H. *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

⁷⁰ Jacobson E. *Il Sé e il mondo oggettuale*. Firenze: G. Martinelli, 1974.

Ritengo che l'aver, nel sociale, così rapidamente, e senza adeguata integrazione, messo in atto quanto i nuovi diritti legalmente riconosciuti permettono, abbia reso molti individui più vittime che non protagonisti della loro stessa "libertà" con una riduzione, dal punto di vista intrapsichico dell'autonomia e della forza dell'Io. La debolezza dell'Io si manifesta soprattutto nella difficoltà al controllo della propria aggressività, come mostrano le statistiche sull'elevato numero di aborti provocati non più giustificato in era di anticoncezionali. Così come l'incremento della delinquenza minorile, in una società ove reciprocamente, insegnanti e genitori si rimproverano di non contenere l'aggressività e/o di inibirla troppo, più alla ricerca di un "capro espiatorio" che alla soluzione di un problema innegabile di una diffusa anarcoide delinquenziale condotta ormai non più tollerabile né a scuola né nel più ampio ambiente sociale. Nella clinica si riscontra attualmente un aumento della patologia borderline e dei disturbi del carattere a scapito delle più usuali in passato nevrosi e psicosi^{71,72,73}. Quello che in questo momento storico in molti individui è venuto meno, rispetto all'ampliamento dei diritti, è l'indispensabile, corrispondente e personale-individuale ampliamento e integrazione dei diritti-doveri verso sé e verso gli altri. Scriveva Freud nel 1920 in "Al di là del principio di piacere": "Può essere difficile per molti di noi rinunciare a credere che nell'uomo sia insita una pulsione che lo spinga a cercare la perfezione. Solo che io non credo all'esistenza di tale pulsione interiore....". Freud ha più volte ribadito questo suo pessimismo, sottolineando sempre che una etica personale e interiorizzata è una conquista strutturale propria solo ad una minoranza di individui. In questo momento storico, come in una situazione post-traumatica da stress, gli individui pur dotati di un Ideale dell'Io adulto ben strutturato sono in difficoltà, e si sentono a disagio. L'utilizzo di ogni nuovo diritto comporta infatti l'emergere di innumerevoli conseguenze, a priori inaspettate. Solo la successiva presa di coscienza di ciò che l'applicazione dei nuovi diritti può provocare tramite riflessione e la comparsa di subitanee angosce e quindi anche tramite l'eventuale ed auspicabile rinforzo di persone autorevoli, al momento disponibili

⁷¹ Ramberg IL, Wasserman D. Prevalence of reported suicidal behaviour in the general population and mental health-care staff. *Psychol Med* 2000; 30 (5): 1189-96.

⁷² Dori GA, Overholser JC. Depression, hopelessness, and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29: 309-18.

⁷³ Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 49-59.

(educatori, operatori del clero, dei centri sociali, psicologi, medici psichiatri, giuristi, scienziati, amministratori, politici, artisti), può in tempi più o meno lunghi determinare il costituirsi di nuovi diritti-doveri verso sé stessi e quindi anche verso gli altri "Se è vero che il sonno della ragione genera mostri", il suo risveglio però per quanto positivo, non basta a farli svanire. L'immediata applicazione dei nuovi diritti, senza un'adeguata sensibilizzazione degli individui tramite un intervento sociale più adeguato, in taluni casi, può generare mostri altrettanto terribili che immancabilmente risprofondano la ragione in un nuovo sonno dogmatico rinforzato dalla passiva ed irriflessa adesione alle conquiste più innovative. L'immediata^{74,75,76,77,78} applicazione dei nuovi diritti non tiene conto della personale fragilità intrapsichica strutturale determinando un adeguamento passivo e massivo, (secondo la condiscendenza sociale⁷⁹) a ciò che ora la società permette. È in atto una sovra stimolazione dell'ambiente sulla strutturazione psichica individuale, tramite un "Ora Tu puoi". Come se non esistesse già un Super Io come rappresentante nei confronti dell'Io sia degli standard sociali che delle domande dell'Es, che tende a regredire ora quindi più verso contenuti di potenza e di concreto successo sociale e a divenire più simile a un Super Io arcaico (Precursori del Super Io). Mentre un Ideale dell'Io adulto connesso a valori morali, interessi intellettuali, generazionali e personali individuali, tramite l'egoificazione di nuovi "diritti-doveri" è una difficile conquista che richiede l'elaborazione dei diversi conflitti, anche e soprattutto dell'Io. È⁸⁰ quindi un processo di lunga durata, in quanto richiede l'elaborazione dei rapporti con le più antiche e varie

⁷⁴ Koopmans M. A case of family disfunction and teenage suicide attempt: applicability of a family systems paradigm. *Adolescence* 1995: 87-94.

⁷⁵ Chase-Lansdale PL (1994). Policies for stepfamilies: crosswalking private and public domains. In: *Stepparent families with children: who benefits and who does not?* Booth A, Dunn J, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp 205.

⁷⁶ McDermut W, Muller IW, Solomon D, Ryan CE, Keiter GL. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 96-104.

⁷⁷ Szanto K, Mulsant BH, Houck PR, ed al. Treatment outcome in suicidal vs. non-suicidal elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 261-8.

⁷⁸ Spirito A, Stanton C, Donaldson D., Boergers J. Treatment-as-usual for adolescent suicide attempters: implications for the choice of comparison groups in psychotherapy research. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31: 41-7.

⁷⁹ Hartmann H. *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

⁸⁰ Sullivan I-I S. The theory of anxiety and the nature of psychotherapy. *Psychiatry* 1949; 12: 3-17. La teoria dell'angoscia e la natura della psicoterapia, *Psicoterapia e Scienze Umane*. N. 4, 1992.

rappresentazioni oggettuali e le corrispondenti rappresentazioni del Sé, con una contemporanea neutralizzazione dell'aggressività.

In assenza di contenimento e di contrapposizione da parte del sociale verso l'individuo e dell'individuo verso il sociale, le angosce, le fantasie infantili di distruzione di Sé e dell'oggetto e i conflitti sottostanti possono essere negati ed evitati, ma non elaborati, determinando una generale carenza di assertività e di autostima. A questa carenza di assertività degli adulti sembra essere connessa quella sorta di "resa" che molti adulti, genitori ed educatori, sembrano attualmente mettere in atto nei confronti delle nuove generazioni. L'aggressività impulsivamente agita da bambini e adolescenti sia a casa che a scuola, non viene per lo più dialetticamente contenuta, come invece richiederebbe la fase evolutiva, in funzione di neutralizzazione della distruttività. La capacità di dilazionare la scarica rimane così carente, così come anche lo sviluppo del pensiero, della fantasia creativa, dei sentimenti e dei segnali d'affetto. In un ambiente familiare che non contiene e che non si contrappone dialetticamente, non è possibile sentirsi più "autonomi". Qui la libertà è piuttosto vissuta come abbandono, come indifferenza da parte degli astanti. Al di là dell'apparente non conflittualità con l'oggetto d'amore l'aggressività non contenuta, viene continuamente frustrata. Rimane a livello pulsionale, e come tale, è messa continuamente in atto, scaricata a scapito di una effettiva assertività e della personale autostima. A questo proposito ritengo che la pratica attualmente in voga dell'allattamento a richiesta del bambino, da un punto di vista intrapsichico, possa rientrare in questo tipo di problematica. La risposta sempre uguale della madre (seno) al pianto del bambino, non aiuta né la madre né il bambino, a differenziare e a sviluppare i diversi segnali del bambino. Ostacola il costituirsi nel bambino, dei controlli per le pulsioni orali che, se non vengono "mai deliberatamente" frustrate nella loro componente libidica, lo sono sempre nella componente aggressiva. Viene così facilitata la strutturazione della personalità in direzione narcisistico-perversa/narcisistico-distruttiva lungo tutto il normale processo evolutivo.

"Il grande mondo dei simboli e dei miti appartiene all'uomo sin dai primordi della sua esistenza" afferma Portmann⁸¹ in "Nuove prospettive della biologia - Principi ordinatori della vita":

"Nonostante lo sviluppo scientifico restiamo oggi, come sempre,

legati con tutto il nostro sentire e tutte le nostre necessità al mondo come ci si presenta. E noi abbiamo bisogno di questa sfera dell'esperienza originaria: in ognuno di noi c'è anche l'esigenza di un rifugio sicuro, di una patria, di un mondo intimo e familiare. Lo sviluppo della scienza assorbe già un forte quantitativo di uomini e di forze: ne nascono molti problemi educativi non ancora risolti. Questi vengono visti ancora come problemi di scelta, di adescamento, di potenziamento di facoltà specifiche dell'intelletto.

Troppo poco si bada al fatto che la sempre maggiore potenza di questa selezione porta con sé anche nuovi pericoli: e ciò soprattutto a causa della scarsa considerazione di altre facoltà innate dell'allievo, l'atrofizzarsi delle forze spirituali inutilizzate nell'esercizio ogni giorno più numeroso di individui condizionati dalla tecnica. Innumerevoli individui in ogni parte della Terra vengono educati in forza all'evolversi della vita sul nostro pianeta, a una visione tecnicizzata del mondo, a un pensiero tecnologico che è opera dello spirito occidentale. [...] Dobbiamo innanzitutto imparare a riconoscere quali selezioni l'uomo occidentale ha operato nella trama incredibilmente complessa del nostro spirito" (Portmann 1969).

La tesi centrale di Hannah Arendt⁸² ne "Le origini del totalitarismo" è che il totalitarismo sia una forma politica radicalmente nuova e essenzialmente diversa da altre forme storicamente conosciute di origine autoritaria e di potere personale, come il dispotismo, la tirannide e la dittatura.

Là dove il totalitarismo ha conquistato il potere ha distrutto tutte le tradizioni sociali, politiche, giuridiche del paese creando istituzioni del tutto nuove. Il totalitarismo non è un'anomalia, un accidente storico, ma è intrinsecamente connesso allo sviluppo della società moderna; è una delle varianti del suo sviluppo e può scaturire sia dalla crisi della democrazia parlamentare come nel caso della Germania weimariana, sia dalle contraddizioni di una rivoluzione comunista nell'Unione Sovietica.

L'Arendt è sempre stata molto cauta nel connettere la tradizione filosofica con lo sviluppo del totalitarismo sostenendo però che la lunga tradizione

⁸¹ Adolf Portmann, *Le forme viventi. Nuove prospettive della biologia*, Adelphi, 1969

⁸² Hannah Arendt, *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, 2004.

dell'obbligatorietà dei precetti morali ha determinato la relazione deresponsabilizzante tra comando e obbedienza, favorendo l'accadere del male estremo. Sarebbe già una grande conquista se potessimo cancellare dal vocabolario del nostro pensiero politico e morale l'orribile parola "obbedienza"⁸³. La preoccupazione che percorre la riflessione sul giudizio e la potenzialità morale del pensiero della Arendt non è quella di porre rimedio al possibile crollo dei valori morali condivisi di una comunità, ma è esattamente l'opposto. Come è possibile resistere al conformismo e all'ethos collettivo. "Pensare e ricordare, è il modo umano di radicarsi di affondare le radici, di assumere il proprio posto in quel mondo in cui arriviamo come stranieri". Se qualcuno è un essere pensante radicato con i propri pensieri e ricordi, sa che deve vivere con se stesso. Ci saranno sempre dei limiti a ciò che permetterà a se stesso di fare. Ma il male estremo e senza limiti è possibile solo quando queste radici sono completamente assenti. Non vi è infatti etica senza responsabilità, non vi è responsabilità senza qualcosa che impedisce, che ostacola, senza un'obbligazione duplice e alternativa. Solo quando siamo condannati ad essere liberi i giudizi diventano prassi della responsabilità. Nel vuoto dell'etica la responsabilità morale è qualcosa che si rivolge a me soltanto al mio Io empirico, una responsabilità che viene sollecitata dalla concretezza degli eventi. "La coscienza di Eichmann era come un contenitore vuoto non aveva un proprio linguaggio ma articolava la lingua della società rispettabile". Hannah Arendt assimila il giudizio morale al giudizio estetico che afferma "mi piace, non mi piace", è un giudizio che nasce dalla riflessione, non può avvalersi di qualcosa stabilito a priori "io vivo insieme agli altri ma anche insieme a me stesso, e questo insieme "a me stesso" ha la precedenza su tutto il resto". In vita attiva⁸⁴, utilizzando la maieutica di Socrate, Hannah Arendt recupera la terza critica kantiana "stressando il pensiero e la ragione del singolo individuo nella pluralità degli individui".

Infatti ciò che fa funzionare la macchina statale totalitaria e che garantisce il controllo sociale è la combinazione tra ideologia, terrore e volontà del capo. Rimane altresì vero che ogni fine nella storia contiene necessariamente un nuovo inizio; quest'inizio è la promessa, l'unico messaggio che la fine possa presentare. L'inizio, prima di diventare avvenimento storico è la suprema capacità dell'uomo;

⁸³ Hannah Arendt, *La banalità del male*, Giancarlo Feltrinelli, 1964.

⁸⁴ Hannah Arendt, *Vita attiva, la condizione umana (the human condition)*, The University of Chicago 1958, Bompiani/RCS Libri S.p.a. 1964/2012.

politicamente si identifica con la libertà umana. "Inizium ut esset, creatus est homo" come dice Agostino. Quest'inizio è garantito da ogni nuova nascita; è in verità da ogni uomo.

4. Presa in carico e trattamento del paziente suicidale adolescente o giovane adulto

Fermo restando la necessità che l'emergenza sia accolta con empatia e calore al suo esordio e soprattutto al momento del ricovero⁸⁵, ritengo che la capacità di essere di sollievo⁸⁶ alla sofferenza psichica richieda una raffinata e duttile⁸⁷ capacità di controllare e di dirigere la propria aggressività per utilizzarla nel contenimento, empatico ma fermo, dell'auto ed etero distruttività del paziente^{88,89}. Questo soprattutto con il paziente adolescente che ha la necessità di fase evolutiva, di contenimento della sua impulsività⁹⁰ e onnipotenza, tramite la contrapposizione dialettica da parte di figure adulte significative^{91,92,93}.

Il trattamento psicoterapeutico del paziente suicida, soprattutto se

⁸⁵ Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

⁸⁶ Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorders. *Behav Res Ther* 2001; 39 (6): 635-49.

⁸⁷ Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21. Trad. It., Il transfert negativo irreprensibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994, 37-51.

⁸⁸ Ronningstam EF, Maltzberger JT. Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28 (3): 261-71.

⁸⁹ Gabbard GO. Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary. *Bull Menninger Clin* 2001; 65 (1): 41-57.

⁹⁰ Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorders. *Behav Res Ther* 2001; 39 (6): 635-49.

⁹¹ Aoun S, Johnson L. A consumer's perspective of a suicide intervention programme. *Aust NZ J Ment Health Nurs* 2001; 10 (2): 97-104.

⁹² King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, et al. Psychosocial and risk behaviour correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7): 837-46.

⁹³ Hulten A, Jiang GX, Wasserman D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10 (3): 161-9.

adolescente deve iniziare con un trattamento di crisi⁹⁴. Il fattore scatenante di crisi⁹⁵ esiste sempre, in ogni tentativo di suicidio. Solo successivamente, in un reciproco accordo, può essere decisa la prosecuzione del rapporto psicoterapeutico. Merton M. Gill nel suo volume “Teoria e tecnica dell’analisi del transfert”⁹⁶ afferma che nella tecnica analitica un ruolo più importante e centrale, dovrebbe essere assunto dall’analisi del transfert. Il transfert è onnipresente dall’inizio e per tutto il corso dell’analisi come risultato dell’interazione dell’analista con il paziente e come amalgama di passato e presente. Il transfert è spesso nascosto; il mascheramento più comune avviene per mezzo di allusioni contenute nelle associazioni che non riguardano apertamente il transfert. Per Gill l’analisi del transfert equivale all’analisi della nevrosi.

L’aumentata importanza del lavoro sul transfert nell’*hic et nunc* sia alle resistenze alla presa di coscienza del transfert, che alle resistenze alla risoluzione del transfert, conferisce minore importanza alle interpretazioni fuori dal transfert che alle interpretazioni transferenziali genetiche.

L’esame del transfert comporta inevitabilmente un’esperienza interpersonale con l’analista che è più benefica dell’esperienza del transfert e che si pone come “esperienza emozionale correttiva” non voluta, ma che è un sottoprodotto essenziale del lavoro di analisi. Sarebbe quindi possibile applicare la psicoanalisi a una gamma più ampia di pazienti.

È fondamentale che il trattamento sia condotto in doppio assetto, preferibilmente con lo psichiatra che per primo ha trattato l’emergenza suicidale. Così come anche chiarire e indagare accuratamente le sue manifestazioni impulsive^{97,98}, sia auto che etero distruttive, al fine che il paziente stesso possa apprendere come proteggersene⁹⁹. La letteratura segnala un notevole aumento dei suicidi

impulsivi¹⁰⁰. A questo proposito una particolare attenzione deve essere posta nell’analisi del transfert nell’*hic et nunc* del rapporto con lo psicoterapeuta, all’evidenziazione di una carenza di quello che io chiamo l’“irreprensibile transfert negativo”¹⁰¹. È necessario mostrare al paziente quell’adesività, così frequente in adolescenza, quella sottomissione passiva all’autorità, cioè quella così detta “gentilezza” che è una mancanza di assertività, che induce sia alla condiscendenza sociale che alla impulsività. “Può così iniziare a partire dall’analisi del transfert “dalla superficie” la confrontazione del paziente con i suoi problemi di gestione della aggressività”. Ciò nel paziente facilita l’introspezione e l’osservazione di come questo comportamento ora messo in atto con il terapeuta sia una “gentilezza” per lui abituale, nel mondo sociale qualora abbia a che fare con persone autorevoli; salvo non rispettarne gli ordini qualora esse non siano presenti. Come afferma Proust: “La persona gentile non ha bisogno di essere gentile.”

A mio parere il paziente adolescente necessita di stabilire con il terapeuta quel rapporto di distruttività/aggressività che gli è mancato nella prima infanzia e successivamente in adolescenza, con un’immagine parentale affettivamente importante e costante, “criticabile, ma non rigida” e sempre contenitiva¹⁰². Ciò al fine di potersi interiormente costruire una immagine meno “demonizzata” dell’aggressività. L’aggressività, infatti, che può spesso essere distruttiva non si esaurisce in questo. Le funzioni dell’aggressività nella vita dei singoli e della collettività sono da un lato fondamentali per la loro sopravvivenza, per il loro continuo accrescimento e sviluppo psichico, per il loro armonico coesistere.

Questa problematica si presenta in maniera evidente negli adolescenti con identità sessuale non definita. Essi si trovano costretti, al di là dell’apparente liberalizzazione sociale, ad affrontare giudizi e pregiudizi anche da loro stessi, ontogeneticamente e filogeneticamente introiettati nei confronti dell’omosessualità. La scelta di una identità omosessuale richiederebbe di per sé una maggior elaborazione di conflitti interni rispetto alla più usuale scelta eterosessuale. Negli adolescenti con identità sessuale non definita, l’assunzione del “ruolo” di omosessuale

discussion 102-5.

¹⁰⁰ Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 32: 49-59.

¹⁰¹ Guidi N. Unobjectionable negative transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 1993; 21: 107-21. Trad. It., Il transfert negativo irreprensibile; *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994, 37-51.

¹⁰² Blos P. Son and father. *J Am Psychoanal Ass* 1994; 2: 301-23.

⁹⁴ Ottino J. Suicide attempts during adolescence: systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20: 41-8.

⁹⁵ Fritsch S, Donaldson D, Spirito A, Plummer 13. Personality characteristics of adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev* 2000; 30: 219-35.

⁹⁶ Merton M. Gill, *Teoria e tecnica dell’analisi del transfert*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1985.

⁹⁷ McKinlay A, Couston M, Cowan S. Nurses’ behaviour intentions towards self-poisoning patients: a theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. *J Adv Nurs* 2001; 34 (1): 107-16.

⁹⁸ Aoun S, Johnson L. A consumer’s perspective of a suicide intervention programme. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2001; 10 (2): 97-104.

⁹⁹ Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 932: 94-102;

potrebbe in certi casi essere un'assunzione di una "identità negativa"¹⁰³ favorita dall'attuale condiscendenza sociale nei confronti della omosessualità. Condiscendenza sociale funzionale, in alcuni casi di identità sessuale non definita, all'evitamento del dolore e delle angosce relative a conflitti intrapsichici più profondi. Angosce che rendono difficile una piena virilità, in questi casi, inconsciamente temuta, in quanto vissuta come distruttiva. In questi casi il suicidio, così come l'abuso di droghe e alcol e la depressione, segnalati dalla letteratura, come più frequenti negli omosessuali, potrebbero essere connessi a questi conflitti non elaborati, a questa distruttività temuta e non neutralizzata. La consapevolezza dell'attualità di questa problematica richiede da parte degli psichiatri sensibilità, acutezza diagnostica ed empatia terapeutica nel rispetto e salvaguardia della possibile scelta di identità sessuale del singolo giovane paziente, quale essa sia.

Il passaggio della distruttività sull'"oggetto" psicoterapeuta, anche se difficile da reggere e angosciante, è per il paziente suicidale presupposto indispensabile alla possibilità di impasto-fusione delle sue pulsioni libidiche e distruttive, di neutralizzazione¹⁰⁴ delle pulsioni in funzione della sua assertività e dell'acquisizione di un sano narcisismo.

Come afferma Sullivan¹⁰⁵ se la psicoterapia non porta a una espansione della vitalità del paziente nella vita reale, allora la psicoterapia è una sorta di "follia a due" tra paziente e terapeuta. Cioè se i sintomi negativi non recedono, la psicoterapia è inefficace al di là di qualsiasi "buona" relazione si sia stabilita con il terapeuta. Nel corso del rapporto psicoterapeutico con l'adolescente può divenire evidente un mancato utilizzo di capacità intellettuali e di talenti, sinora non coltivati in funzione di evitare angosce, sentimenti negativi spiacevoli, e soprattutto, la vergogna nei confronti dei sempre possibili insuccessi. La capacità del terapeuta di interessarsi, di partecipare e anche di risvegliare ambizioni sopite può essere, per il giovane paziente, un'esperienza di particolare e nuovo valore affettivo. La progressiva capacità di avvertire i sentimenti negativi non più come esplosivi, ma come segnali facilita la presa di coscienza e l'elaborazione delle angosce di morte, portando a un progressivo ampliamento delle capacità cognitive, in particolare

dei processi di pensiero e di verbalizzazione, e di quelle affettive, a scapito degli agiti auto ed etero distruttivi così come parallelamente anche degli stati di panico.

La spontaneità della verbalizzazione, sempre e solo liberamente condivisa con il terapeuta, e mai da lui suggerita, di sentimenti positivi e negativi, può permettere, in un rapporto rispettoso e distanziato, la protezione dal sempre presente rischio di adesività, e di sottomissione passiva.

Il terapeuta deve però essere in grado di controllare il suo controtransfert nei confronti non solo del transfert negativo "irreprensibile", ma anche dei transfert narcisistici, così arroganti e svalutanti, che spesso sanno cogliere il tallone vulnerabile del terapeuta. Con pazienti per lo più ipersensibili alle reazioni del terapeuta è indispensabile da parte del terapeuta confrontare il paziente con il suo comportamento, indagando le motivazioni che l'hanno provocato, le fantasie sottostanti e gli eventuali sentimenti non verbalizzati, con naturalezza, ma soprattutto con sincera spontaneità.

Dalle confrontazioni e susseguenti discussioni possono emergere fatti nuovi del paziente, che ora diventano conoscenza comune, ma anche il paziente può scoprire nuovi indizi della personalità del terapeuta che prima non conosceva. Una particolare attenzione merita il silenzio del paziente che va ascoltato con un attento silenzio di confrontazione, senza alcuna ipotesi interpretativa e senza nessuna volontà onnipotente di interromperlo da parte del terapeuta. Solo successivamente nel tempo, il paziente ci saprà fornire le chiavi dei suoi segreti se e quando sarà per lui possibile.

I possibili eventuali successi ottenuti durante il trattamento psicoterapeutico possono scatenare reazioni terapeutiche negative. Queste reazioni terapeutiche negative possono prendere la forma del narcisismo distruttivo di Rosenfeld¹⁰⁶, di Searles¹⁰⁷. Sentimenti negativi e pensieri connessi verso il terapeuta, che possono anche non essere immediatamente verbalizzati, ma solo vissuti dal paziente, tendono a sostituire man mano i sintomi negativi e le impulsività più autolesionistiche. La progressiva verbalizzazione dei sentimenti negativi e delle angosce di morte porta a un progressivo ampliamento delle capacità cognitive ed affettive a scapito degli agiti auto ed etero distruttivi. Il doloroso processo di

¹⁰³ Erikson E. *I cicli della vita*. Roma: Armando, 1984.

¹⁰⁴ Hartmann H. *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.

¹⁰⁵ Sullivan I-I S. The theory of anxiety and the nature of psychotherapy. *Psychiatry* 1949; 12: 3-17. La teoria dell'angoscia e la natura della psicoterapia, *Psicoterapia e Scienze Umane*. N. 4, 1992.

¹⁰⁶ Rosenfeld H. Il narcisismo distruttivo e la pulsione di morte. In: *Comunicazione e Interpretazione*. Torino: Boringhieri, 1989: 67-136.

¹⁰⁷ H. F. Searles. *Scritti sulla schizofrenia*. Edizione originale 1965. Torino: Boringhieri, 1974.

elaborazione delle relazioni oggettuali interiorizzate arcaiche, simbioticamente fuse, o rigidamente scisse del Sé e dell'oggetto, può essere portato avanti all'interno della relazione terapeutica. Processo di elaborazione che il paziente potrà, in ogni situazione di crisi, essere lui stesso a decidere se voler continuare autonomamente o con successivi aiuti. Le continue confrontazioni del paziente con il suo comportamento attuale, così come si manifesta ora nel *bic et nunc* del rapporto psicoterapeutico, e tramite confrontazioni con quanto da lui stesso precedentemente affermato e creduto, permette al paziente la spontanea distinzione tra passato e presente e la ricostruzione del suo passato. Ricostruzione spontanea e assertiva nella direzione di un "futuro" ora possibile. "Ora che l'ombra del passato si è ritirata dal presente", ciò favorisce anche la salvaguardia delle figure genitoriali e delle altre figure importanti del passato che il paziente ora potrà vedere e "criticare", "giudicare" e "amare" in modo nuovo, quando sarà in grado di farlo senza intrusioni da parte del terapeuta nella sua intimità storica personale, nel rispetto della sua "libertà umana".

PAROLE CHIAVE: *Adolescenza, Suicidio, Tentato suicidio, Famiglia, Fattori di rischio.*

KEYWORDS: *Adolescence, Suicide, Attempted suicide, Family, Risk factors.*

SINTESI

L'analisi della letteratura internazionale psichiatrica e psicoanalitica sul suicidio fornisce elementi nuovi di conoscenza su come l'applicazione, troppo rapida e quindi non intrapsichicamente meditata dei nuovi diritti nei paesi a più alto

sviluppo economico abbia influito sulla strutturazione psichica, sull'"autonomia", e quindi anche sulla problematica suicidale degli individui. Il diritto acquisito dalle donne allo studio e al lavoro professionale, il diritto all'aborto, al divorzio, gli interventi sui fondamenti genetici della vita, il prolungarsi della vita media dovuti ai rapidi successi della medicina facilitando il risvegliarsi di fantasie di impotenza-onnipotenza, hanno rapidamente modificato abitudini, stili di vita e moralità. Ritengo che attualmente la possibilità di variare i ruoli sociali con una accettazione di normalità troppo rapida e superficiale da parte del mondo esterno possa mascherare, tramite una impulsiva attività, uno stato di passività dell'Io, una fragilità che neppure gli operatori della salute mentale spesso sono in grado di cogliere. Una difficoltà che spesso si mostra nel controllo della personale aggressività, è evidenziata dalla frequenza con cui si ricorre all'aborto che, seppur depenalizzato, resta comunque una pratica omicida e per di più, in era di anticoncezionali. Così come l'aumento di comportamenti delinquenti nei giovani, le autoeteromutilazioni, l'abuso di droghe e i tentativi di suicidio.

Ritengo che un più accurato, prolungato processo di integrazione dei nuovi diritti, con i nuovi connessi e corrispondenti diritti e doveri nei confronti degli altri, svolto con l'aiuto di persone esperte (insegnanti, medici, psichiatri, operatori del clero, operatori sociali, intellettuali) possa facilitare una miglior integrazione del Sé. Lo sviluppo del processo di pensiero e della capacità di modulare gli affetti, non più massivi possono permettere una maggior attività dell'Io sia nei confronti della pulsionalità che dell'immediata realtà sociale. Adolf Portman (1897-1982) professore di zoologia all'Università di Basilea, una delle figure più significative del dibattito tuttora in corso tra biologia teoretica e antropologia filosofica. Afferma infatti «Non faremo come quei cercatori di tesori che credono che le cose di maggior pregio si trovino sempre e soltanto a oscure profondità» e nella "La forma degli animali". Portman, si arresta al mondo della visione a occhio nudo per arrivare tramite l'esperienza dei sensi, alla questione del senso...

"Per il singolo, premessa indispensabile alla felicità umana è dare un senso alle cose". La forma degli animali viene descritta da Portmann come "Autorappresentazione di Sé e della propria interiorità". Al di là dell'usuale e artificiale scissione corpo/spirito della scienza biologica e dell'antropologia attuale, la loro integrazione potrebbe facilitare una ulteriore Autorappresentazione dell'interiorità dell'uomo più ricca, più creativa in senso umanistico, letterario e artistico, e quindi facilitante nel trovare il senso delle cose e quindi della vita stessa.

ABSTRACT

In countries with high economic development, the rapid and non-psychologically-integrated enforcement of the new rights recently acquired by individuals seems to have influenced their psychological structures, and therefore also their approach to suicide. Women's acquired right to study and pursue a professional career, the right of abortion and divorce, as well as the possibility of in-utero genetic manipulation – fuelling fantasies of omnipotence/impotence – have rapidly changed customs and morality, triggering an extreme stimulation of the most preconscious anxieties of self-and-object-destruction. The present variability of the possible roles in society facilitates – in the individuals, often through impulsive activity – the disguise of the intrapsychic condition of self-passiveness (Rapaport). The destructive behaviour arising from the difficulty in self-control – such as an increase of juvenile delinquency, of self and etero-mutilations, and also suicide attempts – is too often accepted as a consequence of rational actions. At present, existential crises frequently reveal themselves in the most dramatic and essential way – an unexpected suicide under conditions of apparent well-being. As far as international literature goes, the groups with a higher risk of mortal suicide – apart from the category of adolescents and young adults, classically referred to this way – are those of people separated, divorced, and adopted, as well as seniors – especially those of male sex. These are the individuals that during their life have usually suffered more role losses. Given the potential associated with every life crisis towards reaching a better structural equilibrium – regarding synthesis and integration – a crisis-intervention becomes of critical importance especially for those risk groups. A short-time psychotherapeutical intervention – with main objective the hic-et-nunc problems of aggressiveness in the therapeutical relation – is fundamental, so that the most preconscious anxieties of self- and object-destruction can be better tolerated and opposed.

SOLITUDINE E COMUNICAZIONE: LE ALPI NEL MARE

Luisella Canepa

1. Breve escursione ad Ajaccio

Le Alpi nel mare comprende tre brevi racconti e uno brevissimo di W.G. Sebald (1944-2001) tratti dalla raccolta *Campo Santo*, pubblicato postumo nel 2003 a due anni dalla sua morte per incidente d'auto. Riflessioni di un soggiorno in Corsica, che ci invitano a conoscere le caratteristiche della sua solitudine, di cui non parla mai direttamente, e che forse ha un altro nome.

In Breve escursione ad Ajaccio la gita in autobus gli porta, con la brezza del mare e la vista di una nave bianca nel porto, un senso di libertà che subito limita con la fantasticheria, di cui conosce bene l'inutilità, di poter vivere con il solo pensiero del trascorrere del tempo, interrotta dal bisogno di fuggire all'impressione di vuoto che ne consegue con una visita al museo locale. Lì trova preziosi dipinti raccolti da uno zio di Napoleone, saccheggiati in occasione delle campagne militari: l'attenzione si ferma a un ritratto seicentesco dai cupi colori di madre e bambina con soldatino, che lo fa riflettere sull'"intera e insondabile sventura della vita". Sceso nei sotterranei del museo si attarda anche scherzosamente su un'oggettistica di poco valore in gran parte dedicata a Napoleone, tra cui una logora uniforme e statuine dell'imperatore a grandezza decrescente fino a svanire in un "punto di fuga". Dopo una riflessione sulla cerimonia, ora interrotta, di riesumazione annuale ed esposizione della salma imbalsamata all'omaggio degli invalidi e una sosta in un fresco giardino, decide di entrare in Casa Bonaparte dove incontra le due custodi che gli rivolgono un breve e affabile saluto. Le descrive in modo spiritoso: chiama la seconda "la marescialla" per i colori dell'abbigliamento che riecheggiano la bandiera francese, mentre della prima lo sorprendono la pettinatura e i tratti del volto similnapoleonici. Prova un senso di abbattimento, garbatamente temperato dall'ironia e dall'autoironia, gira per le stanze concentrandosi sul ricordo di una descrizione di Flaubert delle sale, e infine nota la mancanza

del brillante mantello con le api dell'Imperatore. Si interessa poi a un albero genealogico della famiglia Bonaparte dipinto da una fanciulla, con anche contributo dell'ornamento della propria chioma, come gli spiega la marescialla. Riflettendo sul destino dei Napoleonidi, Sebald relativizza il valore scientifico della ricostruzione storica fino a confrontarla con l'"ipotesi dissennata" di uno studioso dilettante che ricondusse le conseguenze della guerra napoleonica al daltonismo del grande condottiero (verde dell'erba e rosso del sangue confondibili per un guaio di coni e bastoncini). Il pomeriggio finisce con una cena in un piccolo ristorante, niente cinema per mancanza di titoli interessanti, e infine rientro all'albergo con suoni: scoppio di una bomba, evento non raro in Corsica, e conseguenti sirene, e lui che si addormenta.

In un primo momento ci si può chiedere perché uno scrittore come Sebald, l'autore di *Austerlitz* (2001), di *Storia naturale della distruzione* (2001), voglia soffermarsi su aspetti così minimamente deteriori, miseri e malinconici, se sia un grigio cono d'ombra quello in cui avvolge le sue riflessioni coinvolgendo il lettore e intristendolo. Ma una parallela considerazione contrasta e prevale sull'immediatezza di questo facile dubbio. Nella lucida solitudine delle sue amare annotazioni, espresse con eleganza, costernazione e divertimento leggero, Sebald entra in un contatto privo di artificio con l'estraneo che la vita introduce a caso, persone, oggetti, colori o vegetali, e contemporaneamente con il già noto della sua cultura. Il suo pensiero attento vede la bellezza e la sua fragilità, il potere e la sua miseria, a sua volta la miseria con cui è rappresentato il potere che commenta in questo modo il non senso della storia ("che procede secondo una legge la cui logica rimane indecifrabile") e conferma il suo stupore per la generale inerzia. Con la sua scrittura esprime ai lettori il rapporto chiaro verso sé stesso e verso chiunque altro nella realtà o nella fantasia: afferma la capacità di non respingere le emozioni negative suscitate dalla banalità e dalla distruttività, dalla grettezza e pochezza di cui anche viviamo, ma di sostenerle senza enfasi, a volte con ironia, e di riconoscerne la presenza nell'attualità con disincanto.

2. Campo santo

Altra gita nel secondo racconto, Campo santo: è al mare, vicino a gruppetti di bagnanti, ma in grande lontananza, con idee di fine: del ruscello che si estingue

nella sabbia, del tuffo nel mare come dissoluzione. Ma nel caldo pomeriggio prevale la sopravvivenza e la descrizione del movimento del nuoto, della lotta per uscire dalla forza del mare definito dal profilo aria-acqua mobile per il suo incedere in essa, dove i due elementi nettamente si distinguono e pongono il limite vita-morte, e della debolezza: in letteratura si tratta del continuo ergersi dei margini sfuggenti delle onde. Poi l'altro sforzo del ritorno con il percorso umano di ripresa del contatto del cammino sul terreno e sotto il sole, con il pulsare delle vene del collo come alle lucertole spaventate che incontra. Infine il ritorno alla normalità è leggero, perché ha perso il carico della lotta. E riprendono pensieri su quanto cade sott'occhio: un cimiterino marittimo, come alcuni nel nostro mediterraneo, trascurato. Tra molti spunti ricordiamo il tema della facilità con cui si può liquidare il senso di colpa per chi è morto, e la grettezza dei nostri valori: l'offerta di fiori artificiali rispetto alla ricchezza del dono della terra di fiori e erbe selvatiche che spontaneamente crescono tra le pietre – l'ambigua dedica *Regrets éternels* riferita alla frettezza della sepoltura – le tradizioni delle veglie e sepolture, con un calarsi negli aspetti scaramantici e superstiziosi da cui infine emerge per ricordarci la tesi dello "psicologo Freud" "secondo cui, per il pensiero inconscio, è vittima di un assassinio perfino chi muore di morte naturale". Segue il ricordo della bara aperta del proprio nonno. E poi una disquisizione anche spiritosa: oggi "il popolo dei morti" in soprannumero per il costante incremento demografico perde la sua importanza, deve essere eliminato in fretta e con determinazione. Si tratta di mancanza di spazio, che un tempo invece abbondava: "là dove da un'ora all'altra ciascuno è rimpiazzabile e, tutto sommato, in soprannumero fin dalla nascita, bisogna di continuo gettare a mare la zavorra, dimenticare radicalmente tutto ciò di cui ci si potrebbe ricordare: la giovinezza, l'infanzia, le origini, i progenitori, gli avi". Conclude: "muovendo da un presente immemore verso un futuro che l'intelligenza di nessun individuo riuscirà più a comprendere, alla fine anche noi lasceremo la vita, senza provare alcun bisogno di restarvi ancora per qualche istante almeno, o di potervi se mai fare ritorno." "Alla fine anche noi... ancora per qualche istante almeno... potervi se mai". Questa dolorosa espressione d'amore, discreta, accorata e finalmente possibile, costruita su pochi elementi, avverbii in particolare, con corrispondenza forma-contenuto anche nella musicalità (e ricordiamo i suoi *Moments musicaux*, 2003), è un dono per noi e rappresenta l'essenza della comunicazione, che ci pone il dubbio sensato di sminuire nel sottolinearla. Così l'iniziale gioioso abbandono al mare aperto, e poi

al desiderio di suicidio, detto in una riga breve e preziosa, in cui la morte deriva da quello stesso mare che non ha confini, che è facile ed è libertà, ha la luce del giorno e la sua ombra vicina. Come la sua solitudine.

3. Le Alpi nel mare

Terzo racconto, *Le Alpi nel mare*. Un pomeriggio, seduto alla finestra della sua camera d'albergo, leggendo in un libro trovato in un cassetto *La leggenda di San Giuliano* di Flaubert, ci racconta che: "Ci fu un tempo in cui la Corsica era coperta per intero dalla foresta... se non fossero comparsi i primi abitanti a far arretrare grado a grado la foresta, animati com'erano da una genetica paura del luogo d'origine", gradualmente a partire dall'ottocento e poi con l'incendio del 1960. Da allora conifere dalla vita breve su un terreno povero, e scomparsa degli animali selvatici perlopiù di piccola taglia, che ricordavano il giardino dell'Eden. Anche del nano ed elegante cervo rosso dagli "occhi sbarrati dal terrore per una morte che sentiva prossima". Da qui parte un brano sulla caccia, sullo sterminio ormai compiuto della selvaggina come dei boschi, sulla ridicola pericolosità di certi cacciatori con i loro travestimenti e aria minacciosa: prevalgono il divertimento, l'ironia per il loro atteggiamento e per l'identificazione militaresca con soldati irregolari in un rito ormai senza consistenza, ma accanto l'accenno alle milizie serbe e croate ci ricorda la voluta distruttività di un gioco cattivo. E il suo impiettrirsi nell'assistere allo scarico sulla strada di alcune cervi uccise lo porta ad associare le ghirlande di alberelli sintetici che ornano le parti degli animali esposti nelle vetrine delle macellerie in Inghilterra, prodotte industrialmente "con l'unico scopo di tacitare i nostri sensi di colpa di fronte al sangue versato": "riprova di quanto forte sia il nostro desiderio di riconciliazione, e quanto poco, da sempre, siamo disposti a pagare per ottenerla". Ritorna allora alla leggenda di San Giuliano, cacciatore spietato che in un crepuscolo rosso di sangue infine contempla "la spaventosa entità del massacro e si domanda come poteva essere giunto a tanto", iniziando un difficile e ambivalente percorso di redenzione con sviluppo di un delirio in cui continuamente gli si presentano animali che uccide o che sono già morti, e che si risolverà solo nel contatto con "il più ripugnante" e malato degli uomini (sé stesso?). Sebald non riesce a interrompere la lettura del racconto "sull'infamia della violenza umana che, intrinsecamente perverso, a ogni riga andava sempre

più affondando nell'orrore" iniziato con l'uccisione da parte del ragazzino Giuliano di un topo nella sua tana e poi del piacere provato nello strangolare una tortora. Il crepuscolo a quel punto brilla fuori dalla stanza di Sebald, sul mare e sui millenari calanchi che sembrano aver preso fuoco e che, nella suggestione delirante della recente lettura, allucina come un immenso rogo in cui piante e animali bruciano con "un intero popolo divenuto catasta". Poi, con il prevalere delle ombre, la comparsa di uno yacht bianco che entra quasi immobile nel porto e su cui, nell'oscurità, si accendono le luminarie. Non compare nessun passeggero, e dopo un'ora si allontana con la stessa lentezza. Visione che diluisce gli intensi sentimenti del crepuscolo infiammato dopo la lettura di un testo perverso da cui però non si vuole staccare, come Giuliano dal piacere di far male, e che lo contamina. Diluizione che baratta l'ardere del male con il mistero e la vacuità di quanto appare non avere nella sua placidità né scopo né senso. In un continuo immergersi catturato nel dolore e nell'orrore senza perdere la capacità di sorridere e ironizzare ove è appena possibile, solo nella limpidezza di emozioni e riflessioni espresse con rispetto della propria verità.

4. La cour de l'ancienne école

Infine il brevissimo *La cour de l'ancienne école*. Si tratta di una fotografia misteriosa, riportata nel testo, di un cancello che separa un cortile con fogli sparsi sul pavimento di pietre da uno sfondo di mare e cielo. Sebald aveva smarrito la fotografia su cui era stato invitato a fare delle ipotesi, ma questa gli ricompare in una lettera inviatagli da un'amica corsa che, chiedendogli spiegazioni sull'origine di tale possesso, gli spiega che ritrae il cortile della sua scuola di Portovecchio, città allora "semimorta" con la popolazione giallastra e febbricitante per la malaria, silenziosa e senza accadimenti se non il mensile passaggio di un malandato mercantile per il trasporto del legname. I bambini come lei non conoscevano alternative, non ne avevano l'idea. Studiavano e ogni tanto guardavano il mare vivo "nella luce abbacinante che palpitava in lontananza", oltre la laguna. Il solo ricordo è il maestro che le diceva: "Ce que tu écris mal, Seraphine! Comment veux-tu qu'on puisse te lire?".

Il viaggio in Corsica, breve vacanza solitaria che si apre con la sensazione di vuoto del "permanere in sé stesso", è una riflessione sul destino della povertà della

storia nel suo deteriorarsi, della tendenza autodistruttiva dell'uomo e della sua attuale noncuranza per le proprie radici, per chi non è più, una constatazione dell'assenza di pietà per la natura, e per altri più fragili: bambini malati e adulti indigenti. Per Sebald le produzioni dell'uomo, dalla vacuità delle cianfrusaglie, come le statuine di Napoleone a cavallo di un cammello, alla ferocia atroce della fortezza nel suo romanzo *Austerlitz*, riflettono la mente dell'uomo, il suo funzionamento e i suoi obbiettivi, ne ripropongono mute la costituzione, le intenzioni, le motivazioni, sono forme esteriori di forme interiori. Il cortile dell'asilo ha un cancello chiuso aldilà del quale c'è il profilo del mare, e ci parla dell'isolamento di vite segnate, per le quali speranze e motivazioni sono negate. Certamente un asilo deve avere un muretto e un cancello di protezione per l'intraprendenza dei bambini, ma il suo senso qui si smarrisce, a meno che non lo ritroviamo nella crudeltà che si associa al diniego della realtà descritta dalla dolente amica, e alle menzogna in cui i bambini vengono lasciati dall'inerzia della storia. Dolente anche il rimprovero del maestro a Seraphine.

5. Commento

La solitudine di Sebald che intesse questo lavoro anche se mai dichiarata, si accompagna alla lucidità e coerenza del suo conoscere il mondo, al suo grande amore e curiosità per esso, alla sofferenza per crudeltà e rozzezza, distruttività e passività, mancanza di rispetto per precarietà, bellezza, morte, natura. Al cogliere con disincanto la radice comune del male sprofondando nelle sue conseguenze per poi riemergerne e riuscire a sostenere altri confronti penosi. E insieme l'amicizia. La sua letteratura, che è denuncia del malessere della civiltà, si sostituisce al mistero del nulla e del vano, sorprendente nel racconto dell'immobilità apparente della bianca nave e dello scoppio isolato e sperso della bomba. La condivisione con noi lettori della sua arte, del suo modo di vivere e di sentire è una conferma della possibilità di coesistenza di solitudine e partecipazione, che in questo autore sono indivisibili. In questo senso ricordiamo la breve e commossa espressione di affetto per lo scrittore svizzero Robert Walser (1878-1956) in "Il passeggiatore solitario" (1998), tratto da *Logis in einem Landhaus*. Sebald dice di lui: "il suo legame con il mondo fu dei più labili". Riconosce con lui "corrispondenze" struggenti (come con l'atteggiamento e l'abbigliamento del proprio caro nonno, con

la neve che cade il giorno della loro morte nello stesso anno, neve per l'uno in dicembre e per l'altro in aprile) e dichiara il "rapporto curiosamente stretto che mi lega a lui" che muove tutto lo scritto. Una profonda ammirazione lo porta a definire un passo sull'effimero (la cenere) come non avere "equivalenti in tutta la letteratura del ventesimo secolo" e la sua concezione dell'alienazione mentale tale che "nessuno in letteratura-per quanto ne so io-ha mai avuto".

A Walser e al suo amore per Walser dedica una citazione di Nabokov di un libro per l'infanzia: un gruppo di amici tra i quali una "creatura lillipuziana" devono fuggire dai cannibali, e tutti, tranne il nano che sale su un piccolo pallone, si allontanano su un dirigibile: "in disparte il piccolo solista, che io invidiavo nonostante il suo terribile destino, andava alla deriva in un abisso di gelo e di stelle solo". Sebald parla di vicinanza di solitudini diverse, trasparenti mentre scrivono di altro, schive di sé, parla di ammirazione per la modalità con cui trovano espressione nella vita e nell'arte, e che in questo caso non hanno a che fare con la connotazione negativa del termine. Solitudini perché consapevoli di un mondo senza senso, ma di cui una cura è cercata: per Sebald nella comprensione di Seraphine, nella vicinanza a Robert Walser e a Nabokov, ai fiori selvatici del cimitero, agli occhi spalancati del cervo rosso e al cuore trafelato della lucertola, e, nella sua scrittura, a noi.

BIBLIOGRAFIA

- SEBALD, W. G. (2003). *Le Alpi nel mare*. Milano: Adelphi, 2011.
 — (2001). *Austerlitz*. Milano: Adelphi, 2002.
 — (1999). *Storia naturale della distruzione*. Milano: Adelphi, 2001.
 — (2003). *Moments musicaux*. Milano: Adelphi, 2013.
 — (1998). *Il passeggiatore solitario*. Milano: Adelphi, 2006.
 WALSER R. (1967). *La passeggiata*. In: *Gesamtwerk*. Milano: Adelphi, 2013.

RIASSUNTO

Nei quattro racconti che compongono “Le Alpi nel mare” la profonda solitudine dello scrittore trova espressione attraverso dolorose constatazioni della crudeltà e miseria umana. Ma al tempo stesso contiene il desiderio della comprensione: la solitudine del vivere in un mondo senza senso si apre alla condivisione con il lettore. A sua volta lettore, Sebald conosce bene quest’emozione, come emerge dal suo breve scritto “Il passeggiatore solitario” sull’autore svizzero Robert Walser che sente tanto vicino, e la cui fine è “in un abisso di gelo e di stelle – solo”.

ABSTRACT

In the four stories that make up “The Alps in the sea”, the Author’s deep loneliness shows through his painful considerations about Man’s cruelty and misery. At the same time it carries a wish for understanding: the lonely living in a meaningless world open to a wish of sharing with the readers. A reader himself, Sebald knows well about the emotion of sharing, as one can find in his short essay “Le Promeneur solitaire – The lonely walker” on the Swiss author Robert Walser, whom Sebald feels close to and whose plight is drifting “into an abyss of frost and stars - alone”.

UN CAPOLAVORO INCOMPIUTO
ANALISI DI FOSCA DI I.U. TARCHETTI^{*}
Luigi Ferrari

1. La vicenda

Giorgio, il protagonista, ripresosi a fatica da una malattia di cuore (causata da una precedente, e non precisata, relazione amorosa), si reca a Milano presso un amico e lì incontra casualmente Clara, una vicina di casa, giovane e bella, “serena...giovane...fiorita”. Tra i due nasce immediatamente una fortissima attrazione e,

^{*} *Igino Ugo Tarchetti* - Nato a San Salvatore Monferrato (AL) il 29 giugno 1839, morì a Milano, non ancora trentenne, il 25 marzo 1869. Poeta, narratore, saggista, è stato uno dei più interessanti esponenti della Scapigliatura milanese. Fu amico di Salvatore Farina nella cui casa morì di febbre tifoide. Nei suoi anni milanesi cercò invano di uscire, attraverso la scrittura, dalle ristrettezze economiche. Pur minato dalla tisi, si impose un duro esercizio creativo; produsse in pochi anni molti testi che pubblicò su periodici di scarsa tiratura. Fondò anche una sua rivista, che fallì in breve tempo. Solo dopo la sua morte alcune delle sue opere uscirono in volume. Una vita da bohémien.

Scapigliatura - Questo termine viene riferito a una tendenza della cultura artistico-letteraria portata avanti da un gruppo di giovani intellettuali, milanesi all'inizio e poi di altre città del nord, negli anni immediatamente successivi all'Unità. L'iniziatore fu lo scrittore milanese Giuseppe Rovani. Gli Scapigliati, quasi tutti figli della borghesia protagonista del Risorgimento, prendono una posizione critica nei confronti dei loro padri sia a livello sociale che politico. Rifiutano il Romanticismo che è la cultura “ufficiale” del Risorgimento e delle classi dirigenti post-unitarie, rappresentata principalmente dal Manzoni. L'Italia allora era un paese agricolo, privo degli aspetti della modernità, urbanesimo e industrializzazione, che caratterizzavano le nazioni nordeuropee, non poteva quindi fornire strumenti culturali innovativi; per questo i giovani Scapigliati guardarono alla vicina Francia, dove il Romanticismo era stato superato dalla sconvolgente esperienza poetica e critica di Baudelaire e, dall'altro versante dall'affermazione del Positivismo che aveva ispirato il Realismo e, subito dopo, il Naturalismo. I nostri utilizzarono questi stimoli per scandalizzare i cosiddetti benpensanti, cioè i borghesi (“Scapigliato” vuol dire “spettinato”, e questo è probabilmente il nomignolo con cui gli ambienti della cultura ufficiale volevano tenerli a distanza). Se gli elementi caratterizzanti della letteratura romantica sono il sentimento – in primo luogo l'amore – e l'ideale, gli scapigliati esasperano i sentimenti fino a livello patologico, esibendo (e contemporaneamente disprezzando) la corporeità, descrivendo con minuzia e compiacimento gli aspetti a questa connessi: la malattia e la morte. All'idealismo contrappongono il realismo della scienza, soprattutto la biologia, arrivando ad esiti macabri. Furono i primi in Italia a conoscere Poe, che avevano letto nella mirabile traduzione francese di Baudelaire, e introdussero in Italia il genere “noir”.

nonostante Clara sia sposata e madre di un bambino, si stabilisce una relazione vissuta con dedizione e felicità reciproca fino a quando Giorgio viene richiamato in servizio.

La scena si sposta nella guarnigione alla quale Giorgio viene trasferito. Si trova in una città di cui sappiamo solo che si trova a sei ore di treno da Milano, anonima e priva di attrattive. Qui Giorgio viene a sapere che nell'alloggio del colonnello comandante, dove gli ufficiali consumano i pasti in comune, vive una cugina, una donna molto ammalata. Infatti nei primi giorni Fosca, è questo il suo nome, non compare, il suo posto a tavola, casualmente vicino a quello del protagonista, rimane vuoto, creando un senso di attesa e curiosità in Giorgio e nel lettore (una volta durante il pranzo vengono udite urla disumane provenire dalle stanze attigue). Quando, in seguito, ella appare improvvisamente in tutta la sua bruttezza, suscita in Giorgio repulsione e pietà. A lui, che è il più giovane e il più raffinato della compagnia, tocca farle da cavaliere. Durante le loro lunghe passeggiate nei dintorni del presidio, Fosca manifesta subito un esplicito interesse per il giovane e bell'ufficiale (comportamento inconsueto secondo l'etichetta del tempo). La reazione di Giorgio è imbarazzo, repulsione, pietà e senso cavalleresco. Egli risolve la situazione chiedendo una lunga licenza e andando a Milano dalla sua Clara, con cui la storia d'amore va a meraviglia. Al suo ritorno trova Fosca aggravata e in pericolo di morte. L'ufficiale medico, che in questa storia ha un ruolo fondamentale, lo prega di starle vicino e di fingere di amarla, altrimenti morirebbe. Giorgio, quasi costretto, accetta e incomincia questa strana relazione, anch'essa clandestina perché avviene di nascosto dal cugino colonnello. Giorgio ammira l'intelligenza della donna ma non riesce a non trovare sgradevole la sua bruttezza ed è ancor più angustiato dagli eccessi della sua sensibilità morbosa e dall'asfissiante gelosia. Col passare del tempo egli si ammala e deperisce a vista d'occhio. Il medico allora gli ingiunge di troncare quella relazione che lui stesso gli ha imposto, e che, con tutta evidenza, lo fa stare male. Quanto a Fosca, essa, sempre a parere del medico, è destinata a morire entro poco tempo, l'abbandono affretterebbe la sua inevitabile fine solo di poco (qui si coglie una delle non poche incongruenze nella trama). Il medico gli promette che gli avrebbe fatto ottenere un trasferimento definitivo a Milano, ma si raccomanda di non farlo sapere alla donna, per timore delle sue tremende reazioni. Giorgio, pur riluttante per motivi di cavalleria, accetta.

Il finale è ricco di colpi di scena. Dopo un brevissimo e dolcissimo incontro

con Clara in una breve licenza fatta di nascosto, tornato alla caserma, Giorgio viene travolto dagli eventi: durante la cena di Natale viene improvvisamente annunciato il suo trasferimento e Fosca, in una scena molto drammatica gli urla di non abbandonarla rivelando così il suo amore e l'esistenza della relazione davanti a tutti e soprattutto al cugino comandante, che scaccia Giorgio dalla sala. Questi si rifugia nel suo alloggio e legge una lettera, appena recapitata, di Clara che gli comunica che, pur amandolo ancora perdutamente, è costretta a lasciarlo per motivi di onore e di responsabilità familiare. Giorgio, disperato, si sente tradito e vede in Fosca l'unica donna che l'ha amato veramente.

Il colonnello lo raggiunge e, secondo i costumi del tempo, lo sfida a duello. Giorgio, incattivito, accetta (dicendo: "ho proprio bisogno di ammazzare qualcuno") ma pretende e ottiene dal dottore un ultimo incontro con Fosca. L'incontro (narrato nel 48° capitolo scritto da S. Farina) culmina con l'amplesso "mortale" (Fosca è allo stremo delle forze). Il protagonista lo descrive in questi termini: "Ciò che avvenne dopo è così spaventoso che la mia mente ne rifugge inorridita".

Segue poi il duello, in cui il colonnello viene ferito. Nel capitolo conclusivo Giorgio viene informato, da una lettera del dottore, che Fosca è morta "tre giorni dopo quella notte fatale".

2. Memorie dal sottosuolo

La narrazione è presentata come memoriale (espedito diffuso in tanta letteratura romantica che contrasta con l'esplicito antimanzonismo degli Scapigliati) scritto da Giorgio molti anni dopo la conclusione della vicenda. Egli confessa che ha tentato molte volte negli anni immediatamente successivi, di narrare questa vicenda, ma ne è stato impedito dal "terrore" che questa gli ha procurato. Residuo di quella tremenda esperienza è "la solitudine delle passioni, che è terribile". Dalla giovinezza è passato alla vecchiaia. "Più che l'analisi di un affetto... faccio la diagnosi di una malattia...", "Quell'amore io non l'ho sentito ma l'ho subito...".

Inoltre all'interno della narrazione stessa vengono inseriti lunghi brani di lettere o di diario che accentuano questo aspetto memorialistico e fungono da connettivo a momenti di discontinuità narrativa. Tutti questi elementi contribuiscono a dare il carattere di analisi oggettiva di un'esperienza illusoria, travolgente e distruttiva. Il protagonista ora che scrive non crede più all'amore.

3. Romanticismo e antiromanticismo

Nel romanzo a parti ultraromantiche (i caratteri dei protagonisti, tutta la *liaison* di Clara e Giorgio; Giorgio dice di sé all'inizio: "sono nato per le passioni estreme") si oppongono fredde analisi fisiologiche che demoliscono l'idealità del sentimento amoroso ("l'amore è una questione di nervi", dice il protagonista, ripreso da Fosca stessa nel racconto della sua prima esperienza sentimentale). Questi sono motivi caratteristici della letteratura della Scapigliatura, sospesa tra il fascino del secondo Romanticismo e l'esigenza di una spiegazione scientifica del comportamento umano promossa da un incipiente Positivismo. Il punto di vista materialistico è rappresentato nel romanzo dal personaggio del medico, a cui è paradossalmente affidato il ruolo del "messaggero d'amore". Per di più, l'ambulatorio del medico funge da alcova e i due amanti fanno l'amore tra strumenti chirurgici esposti nelle vetrinette e sotto uno scheletro appeso, esplicito stravolgimento dello scenario romantico.

4. Una nobile bruttezza

La bruttezza di Fosca, che semina orrore intorno a sé, non è dovuta a deformità del corpo ma alla magrezza che fa trasparire lo scheletro e il teschio sotto la pelle, e rende la testa enorme sul collo esilissimo. Per altro, ha occhi bellissimi e una magnifica capigliatura nera, eleganza nel portamento e vivacità di conversazione. La bruttezza è legata alla malattia, ciò viene esplicitamente affermato all'interno del romanzo: è la manifestazione esteriore di una malattia interiore, che del resto non è precisamente diagnosticata se non come una forma isterica.

Inoltre il colonnello dice di lei che "mangia come una mosca". A sua volta la malattia allude, anche figurativamente, alla morte (lo scheletro, il teschio, la malattia è sempre presentata come mortale...).

Per contro Clara è bella, grande, "serena", è fiorita, morbidamente carnosa. È la salute e la vita ma è relegata in una posizione sfocata, è solo l'opposto di Fosca, non è mai presente nella vicenda ma viene solo raccontata.

5. La malattia

La malattia è l'elemento connettivo del romanzo: la troviamo alla base della bruttezza della protagonista ma anche intrecciata alle vicende amorose: Giorgio è malato quando incontra Clara che si innamora di lui al primo sguardo; quando i due vivono la loro storia d'amore Clara deperisce pur rimanendo ancora bella. È la malattia che costringe Giorgio ad "amare", sia pure per finzione (ma è finzione?), Fosca; e nel corso di questo suo servizio d'amore Giorgio si ammala fino a provocare l'intervento del medico. In alcune sue riflessioni egli teme che Fosca voglia trascinarlo con sé nella tomba. Aleggja una specie di sortilegio: chi è malato suscita amore e chi ama si ammala. A sua volta Fosca, che è la malata per eccellenza, manifesta una sorta di voracità amorosa.

6. Vita e letteratura

La storia qui raccontata ha uno sfondo autobiografico: è ispirata ad una reale esperienza vissuta dal Tarchetti quando, ufficiale dell'esercito, era di stanza a Parma ed ebbe una tormentata relazione con una parente di un suo superiore. Inoltre il tema della malattia, onnipresente nel romanzo, riflette la condizione dell'autore, per molto tempo malato di tisi e condotto a morte da un attacco di tifo non ancora trentenne. La malattia appare qui una condizione permanente che viene proiettata sui protagonisti.

RIASSUNTO

Fosca è un romanzo di I.U. Tarchetti, esponente della Scapigliatura milanese. Incompiuto per la morte dell'autore, fu completato dall'amico Salvatore Farina. Narra la storia d'amore tra un giovane ufficiale dell'esercito e una donna intelligente, sensibile ma bruttissima e ammalata. È evidente lo stravolgimento del cliché sentimentale romantico (lui bello, onesto e coraggioso, lei giovane, bellissima e pura), ma in più c'è il tentativo di un'analisi materialistica del sentimento

amoroso, addirittura da un punto di vista clinico. L'opera rappresenta una forte rottura con il panorama narrativo dell'epoca (i primi anni dell'unità d'Italia) dominato dall'esempio di Manzoni, si sente inoltre l'influsso di Baudelaire e, attraverso questo, di E.A.Poe. Tarchetti segue anche l'esempio del Naturalismo, soprattutto di Zola, evidente nella presentazione dell'amore come malattia fatale. Lo stile è discontinuo, mentre la struttura narrativa è lineare e percorre una climax da tragedia. Notevole è l'ambientazione sia esterna (paesaggi lividi e vuoti), sia interna (l'ambulatorio medico della caserma che è, paradossalmente, il luogo degli incontri amorosi).

ABSTRACT

Fosca is a novel by I. U. Tarchetti, representative of the Milanese Scapigliatura. Unfinished at the death of the author, it was completed by his friend Salvatore Farina.

It tells the love story between a young army officer and an intelligent and sensitive woman, but very ugly and sick.

It's clear the distortion of the sentimental romantic cliché (he handsome, honest and valiant; her young, beautiful and pure), but, in addition, there is the attempt of a materialistic analysis of the loving feelings, even from a clinical point of view. The work represents a sharp break with the narrative view of that period (the first years of the Unification of Italy), dominated by the example of Manzoni, that also feels the influence of Baudelaire and, through it, of E. A. Poe. Tarchetti follows also the example of Naturalism, especially Zola, evident in the representation of love as fatal disease. The style is discontinuous, while the narrative structure is linear and follows a climax of a tragedy. Remarkable is the setting both external (livid and void landscapes) and internal (the medical clinic of the barracks, that is, paradoxically, the place of amorous encounters).

PAROLE CHIAVE: *Amore, Malattia, Bellezza, Bruttezza, Corpo, Morte, Romanticismo/Antiromanticismo.*

PSICOTERAPIA E TEATRO: APPUNTI PER UN CONFRONTO POSSIBILE

Paolo Tirindelli

La possibilità per un Servizio che s'interessa del trattamento di giovani pazienti psicotici, di lavorare parallelamente nella direzione della cura ma anche nella prevenzione dell'incipiente rischio di disabilità e di emarginazione sociale, intende la possibilità di trovare all'esterno del Servizio, risorse che siano utili allo sviluppo della Salute Mentale. Tra queste l'esperienza del Teatro come possibile accesso riservato a utenti affetti da grave psicopatologia, i quali possono sperimentarsi in un contesto al di fuori e al di là delle regole del "setting" clinico, cercando di valorizzare soprattutto le proprie competenze artistiche e creative.

Il caso Fabio rappresenta la narrazione di una storia clinica che si è sviluppata nell'arco di circa quattordici anni dal 1999 al 2013. Si tratta di un caso in carico al Centro di Salute Mentale di Bologna per un disturbo di tipo psicotico e che ho seguito come psichiatra. Mi rendo conto della varietà e dell'estensione posta dalle domande che s'interrogano sul rapporto tra esperienza artistica e sofferenza mentale. Vorrei limitarmi a sottoporre all'attenzione soltanto alcuni elementi di questa complessa problematica, quali emergono da questo caso che intende occuparsi, nello specifico, del rapporto pensabile tra Teatro e Psicoterapia. L'esperienza del Teatro che vede coinvolti gli utenti dei Servizi di Salute Mentale è conosciuta e avviata ormai da decenni e si avvale di un'eredità ancora più antica, tuttavia l'esperienza del Teatro che si è avviata nell'area bolognese ha avuto inizio e si è poi sviluppata con caratteristiche peculiari¹.

¹ "Urzi Burzi" è il nome di realizzazione della Compagnia teatrale nell'ambito dell'Associazione "Arte e Salute" (ONLUS) fondata nel gennaio 2000 e riconosciuta come ONLUS nel giugno 2000. L'Associazione si pone come scopo, a fini riabilitativi, di promuovere il coinvolgimento di utenti in carico ai Servizi dell'Asl di Bologna e delle altre aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Emilia Romagna per far conseguire abilità, professionalità e conoscenze a chi parte da una condizione di svantaggio sia esso psichico, fisico e/o sociale, utilizzando come strumento l'esperienza artistica, con possibilità di preparazione anche ad un futuro inserimento lavorativo. Più in generale l'Associazione si fa promotrice anche di iniziative culturali all'interno della

Cercherò ora di avvicinarmi al Teatro cercando di seguire Fabio che per me è stato come una guida su questo terreno. L'esposizione del caso privilegia comunque la centralità del nostro rapporto mentre esula da altre considerazioni che hanno a che fare con la conclusione del rapporto terapeutico determinato, a metà dell'anno 2013, dal mio trasferimento presso un altro Servizio dell'area bolognese.

1. Una breve introduzione clinica

Fabio, oggi poco più di trent'anni, nasce in una famiglia di modesta estrazione sociale. Ha un fratello un po' più grande di lui e portatore di un grave "handicap" fisico fin dalla nascita e che è inserito in un lavoro protetto. Il padre, quando Fabio aveva circa sei anni, fu colpito da un ictus cerebrale con importanti esiti comportamentali e cognitivi. La madre, attualmente in pensione, lavorava fuori casa. Fabio ha presentato le prime difficoltà già alle scuole elementari con problemi di scarsa attenzione e rendimento scolastico, per cui è stato affiancato da un insegnante di sostegno. Dopo un periodo trascorso discretamente alle scuole medie, s'iscrive al primo anno di un istituto tecnico ma è bocciato e abbandona la scuola.

Decide di andare a lavorare in un'officina come operaio ma i suoi sogni sono altri: vorrebbe, infatti, diventare un "disc-jockey". Segue a breve distanza lo scompenso. Il fattore scatenante è costituito da un incidente stradale nel quale Fabio riporta un lieve trauma cranico non commotivo senza conseguenze. All'esordio dei primi sintomi psicotici (delirio persecutorio) Fabio ha 17 anni.

Decide di licenziarsi dal lavoro. A questo punto avviene la presa in carico da parte del Servizio di Salute Mentale Adulti in collaborazione con la Neuropsichiatria infantile, data l'età del minore. Fabio è seguito da una psichiatra del Servizio, da una neuropsichiatra infantile che effettua i colloqui con la famiglia e da un educatore che lo affianca per i progetti riabilitativi. La psichiatra che ha seguito Fabio per circa sette anni paragona l'intervento a un prolungato intervento di

crisi, dato l'avvicinarsi di fasi di scompenso ai frequenti agiti del paziente. Dopo il fallimento dell'esperienza scolastica e il licenziamento dal suo primo lavoro come operaio, Fabio vorrebbe riprovare con un altro lavoro; la sua scelta è ancora per un lavoro umile: lo sguattero. Si giunge a un compromesso utile e Fabio inizia un corso per diventare cameriere. Il periodo è comunque attraversato da inquietudini che appaiono costanti, come se Fabio dovesse mettersi alla prova per testare la sua adeguatezza. Accadono alcuni agiti autolesivi in conseguenza di timori di rifiuto da parte di ragazze e di abbandoni da parte di altre figure. Viene concordato un primo ricovero in reparto di Diagnosi e cura. Il ricovero sembra consentire a Fabio di potersi finalmente sfogare e dichiarare senza più remore le proprie convinzioni deliranti: tutto il mondo, compresi gli esseri umani, è permeato dalla musica. Fabio è il dj più innovativo ma c'è il suo doppio, un gigante grande e grosso, anche lui dj, che lo vuole distruggere. Il ricovero finisce con il rientro a casa. Un'esperienza delusiva di un corso di tre giorni per dj sembra porre fine alle illusioni segretamente concupite per anni. Si ritorna a parlare di lavori umili: il cameriere, l'operaio, ma che comunque offrono se non altro l'idea di una concretezza dalla quale poter ripartire. Fabio sembra non voler accettare l'offerta per lui troppo avara di gratificazioni personali. A questo punto il delirio riprende con forza ancora maggiore, costringendo Fabio ad un lungo ricovero in Diagnosi e cura. Ed è qui che prende avvio l'ipotesi del Teatro. Poco dopo, alla dimissione, sarà la mia presa in cura di Fabio.

2. La psicoterapia

Conosco Fabio all'inizio del '99. A quel tempo la mia conoscenza del caso era molto limitata. Talvolta incontravo Fabio assieme alla madre in attesa dei colloqui e ci scambiavamo un saluto. In quelle prime occasioni ero rimasto favorevolmente impressionato dal suo modo di presentarsi: gentile, educato, ma anche semplice e schietto. I nostri primi incontri sono andati subito molto bene. Fabio con una certa decisione m'informa sullo stato della sua terapia e mi dice: "Lei dott. T. mi seguirà mentalmente... la dr.ssa D. mi seguirà per i farmaci e per i colloqui con mia madre". Non ho mai chiesto a Fabio che cosa intendesse per "essere seguito mentalmente" ma credo che si riferisse a tutto ciò che riguarda il colloquio individuale; da questo punto di vista mi sento collocato nella posizione di un

Comunità organizzando spettacoli, mostre ed altri eventi cercando di coinvolgere la cittadinanza, gli utenti dei Servizi, le loro famiglie e gli Operatori dei Servizi. Il lavoro con il Teatro ha ottenuto un tale riconoscimento che nel 2006 è stato avviato un Progetto regionale con un lavoro di rete esteso all'intera Regione e che ha dato avvio, infine, dal 2009-2011, al Progetto regionale su Teatro e Salute mentale. Numerosi i premi di prestigio a livello nazionale che la Compagnia teatrale ha conseguito e le "tournée" in varie città.

osservatore non distaccato ma partecipe della relazione e insieme una figura in qualche modo autorevole. La mia impressione è che Fabio ci tenga a definire come dev'essere la relazione e dove mi dovrei collocare io. In altre parole mi fa capire che prova piacere a esercitare un certo grado di controllo sulla nostra relazione. Credo di essermi sentito sufficientemente tranquillo nel lasciare a Fabio l'iniziativa di procedere nella direzione da lui voluta. Ritengo che ciò sia stato possibile grazie ad alcuni fattori: la percezione di una relazione positiva fin da subito, il fatto di poter contare su più "setting" terapeutici all'interno del Servizio in grado di funzionare come punti di osservazione-intervento multiplo, e infine il rapporto altrettanto buono con la famiglia e soprattutto con la madre. In questo modo la relazione con Fabio ha potuto stabilirsi nel "qui ed ora" come spazio aperto alla sua espressività. Ci accordiamo per un incontro alla settimana della durata di trenta minuti. Fabio annota con diligenza sul suo taccuino la data di ogni incontro e m'informa che nel caso in cui Egli sia impegnato con il Teatro me lo farà sapere tempestivamente.

In una prima fase della nostra relazione i contenuti riguardano alcuni periodi della sua storia personale, durante la pre-adolescenza dai dodici ai quattordici anni. L'inizio avviene in forma di gioco. Spontaneamente Fabio prende un foglio bianco e inizia a fabbricare degli origami: "Quand'ero alle scuole medie ero molto bravo a fabbricare origami. C'era l'insegnante di Tecnica che ci seguiva e mi diceva che ero bravo". In questi primi mesi il gioco dell'origami accompagna in modo costante l'inizio di ogni colloquio e il racconto di momenti piacevoli trascorsi in quel periodo: il corso di Tecnica alle scuole medie, il gioco del calcio nel quale Fabio si era distinto, le uscite al bar con la compagnia degli amici. Ricordo che gli origami rappresentavano piccoli animali tra cui una rana, barchette e piccoli aeroplani. Capisco che Fabio prova piacere a giocare con me e ci tiene a presentarmi, in una specie di complicità amichevole alcuni momenti divertenti della sua vita ed anche le occasioni che gli hanno consentito di ottenere un certo riconoscimento. I racconti sono brevi, spesso inframmezzati da commenti e battute scherzose.

Dopo circa quattro o cinque mesi, assisto ad un maggior coinvolgimento di Fabio nell'esperienza del Teatro. Contemporaneamente cambia il gioco in seduta. Abbandona l'origami e inizia a manipolare gli oggetti presenti sulla mia scrivania: penne, matite, portacarte, nastro adesivo ecc. Le operazioni sono di vario genere: tocca gli oggetti, li strofina, li annusa, li scuote, li prende in mano, li

penetra con le dita; non manca qualche piccolo schizzo o disegno. Spesso il gioco è accompagnato da narrazioni sull'esperienza del Teatro. Fabio racconta con entusiasmo i momenti più salienti, le prime esibizioni, la novità dei rapporti di amicizia con i compagni che recitano assieme a lui, il rapporto di stima e di fiducia con il regista. In quel periodo compaiono momenti di silenzio, con intervalli più o meno lunghi e il gioco viene accompagnato da un'ampia gamma di espressioni mimiche (serietà, divertimento, curiosità, perplessità ecc.). Noto che il silenzio compare fra noi con il significato di una maggiore vicinanza empatica. A volte ho l'impressione che il gioco intervenga in momenti di noia o in momenti in cui si abbassa bruscamente il tono dell'umore (espressione seria), o in altri momenti in cui Fabio se la ride per conto suo seguendo i suoi pensieri. Grazie al gioco il contatto con me viene mantenuto durante l'intero orario della seduta.

In alcuni momenti Fabio si fa improvvisamente serio, abbassa ed alza il capo ripetutamente e mi fissa intensamente. Allora gli chiedo: "Fabio che cosa c'è... sta pensando a qualcosa?" Fabio: "Nulla, nulla... non è niente...". In quei momenti ho l'impressione che Fabio stia allucinando qualcosa ma non me lo dice. Credo che lo svolgimento del gioco in questa fase corrisponda alla comparsa sulla scena degli affetti, nella forma di un linguaggio gestuale non ancora verbalizzabile. Ciò rende possibile una vicinanza affettiva ed una iniziale regolazione della distanza emotiva. Occupandosi dei miei oggetti, Fabio si occupa di me ma anche di qualcosa che non sono io e integra l'aspetto inanimato dell'oggetto con l'animazione del gioco nella relazione affettiva. Contemporaneamente ho osservato uno spostamento temporale nel vissuto della relazione. Adesso Fabio sembra più interessato al "qui ed ora" della relazione e il passato compare in stretta relazione con il presente e non solo come narrazione della sua storia precedente, come succedeva nella prima fase. Osservo anche un allargamento dell'orizzonte di temi che Fabio porta in seduta, per esempio l'esperienza del Teatro, vissuta con entusiasmo e soddisfazione. Ho assistito a varie rappresentazioni nelle quali Fabio ha interpretato personaggi di rilievo nel contesto dell'Opera ed è stato molto contento della mia presenza. Sono rimasto impressionato dalla sua bravura e dal modo estremamente disinvolto in cui si muove sulla scena.

Nei primi mesi dall'inizio dei colloqui accade un episodio significativo che desta un certo allarme in famiglia, soprattutto nella madre: una sera Fabio si allontana da casa senza avvisare nessuno e si reca in città rientrando solo a tarda notte. Discutendone poi con lui non sono riuscito a capire quale fosse stata la

motivazione che lo aveva indotto a quel comportamento; da parte mia avevo paragonato il suo gesto ad un tentativo di fuga. A distanza di due anni circa accade un altro episodio: nel corso di una trasferta della compagnia teatrale Fabio sta male ed ha una “bouffée” delirante con temi persecutori, allucinazioni e la realizzazione di un tentativo di fuga. La crisi rientra in breve tempo grazie all'intervento contenitivo sulle angosce di Fabio effettuato dagli operatori e si risolve nello sfogo catartico di un pianto disperato. Sembra che il tema scatenante sia stata la paura di non corrispondere all'aspettativa di essere l'uomo di casa ed un valido sostegno per la famiglia. Al suo rientro gli chiedo di raccontarmi quello che era successo, ma lui si limita a dire che ora si sente bene e che: “Tutto è sotto controllo”. Questa frase ogni tanto si ripete e penso che vada interpretata nel contesto della relazione e cioè: Fabio intende rassicurarmi sul fatto che non è successo nulla di grave e quindi non mi debbo preoccupare; mi fa capire che egli sa badare a se stesso; non intende approfondire l'argomento. Probabilmente affrontare in seduta le sue tematiche deliranti è per lui motivo di angoscia e preferisce per il momento mantenerle fuori dal contesto verbale della nostra relazione.

Nel frattempo Fabio riprende le uscite serali al bar con gli amici che rappresentano la continuità con il suo passato e che aveva sospeso nel periodo di maggiore gravità dei suoi disturbi. È ben accolto nella compagnia che sembra quasi proteggerlo. Nei suoi racconti compare anche la dolorosa consapevolezza del passato, del tempo delle crisi, dei ricoveri, ma anche il fatto di scoprirsi davanti agli amici in una luce diversa, prima ammalato ora allievo attore, con un impegno lavorativo ed una diversa immagine di sé. L'esperienza del Teatro sembra offrire a Fabio la possibilità di sperimentarsi in una situazione creativa che gli consente anche di trovare un maggiore equilibrio tra le spinte autonome e il desiderio di dipendenza. In questo senso anche la malattia ha cambiato aspetto. Fabio ritiene ora che sia affrontabile, sopportandone talvolta il peso (“...ora sto meglio anche se qualche volta ci sono le voci”), è alla ricerca di una causa (“...forse è stato l'incidente che ho subito”), è convinto che le terapie facciano bene (“...sta tranquillo, tutto sotto controllo”), si interroga rispetto al futuro (“...si guarisce da questa malattia?”). Il passato viene reintegrato nell'attualità e ciò porta a nuove domande su se stesso.

Poco prima delle mie ferie estive Fabio mi espone alcuni problemi nel rapporto con la madre. Noto che si astiene dal gioco con gli oggetti sulla scrivania, fino ad allora presente e si esprime verbalmente in modo corretto. In tono un po'

serio mi comunica il motivo per cui si sente irritato per l'atteggiamento della madre nei suoi confronti: pensa che a volte sia un po' eccessiva nelle sue critiche e se la prenda troppo con lui. Il tono potrebbe essere quello di un adolescente maturo che vorrebbe ricevere un consiglio da una figura più adulta. Mi è sembrato che in quell'occasione Fabio fosse maggiormente in grado di differenziarsi nel rapporto con la madre ed anche con me. Al mio rientro dalle ferie abbiamo alcuni incontri durante i quali Fabio accenna al difficile rapporto con il fratello che viene descritto come persona spesso cupa e irascibile. Fabio fatica a capire il motivo per cui il fratello debba comportarsi così e comunica la difficoltà di rapportarsi con lui in tali momenti nel tentativo di comprenderlo. Ciononostante, esprime la sua soddisfazione quando il fratello ha acquistato una macchina nuova. La macchina e la patente di guida assumono per Fabio il significato di un traguardo da raggiungere sulla via della guarigione e della normalità. La fantasia della guarigione ha un risvolto positivo nell'idea di una possibile emancipazione.

In un appuntamento successivo Fabio viene accompagnato dalla madre; la sua condizione desta la mia preoccupazione poiché lo vedo cupo e chiuso in se stesso. Inoltre la madre insiste nel volermi parlare. Date le circostanze che mi facevano temere la ricaduta in una fase di crisi, accetto di vederli entrambi assieme. La madre appare molto preoccupata e gli rivolge dei rimproveri perché spende troppi soldi e lei si vede costretta a doverli amministrare per lui concedendogli soltanto piccole somme. Le difficoltà nella realizzazione di un buon livello di autonomia personale e il bisogno di dipendenza vengono riconosciuti con difficoltà da Fabio che preferisce in questa fase le fantasie irrealistiche. L'idea della guarigione è comunque un fattore motivante rispetto alla terapia e consente a Fabio di collocarsi nella relazione con me assumendo un proprio punto di vista sulla situazione. Lui sa che viene da me perché lo seguo “mentalmente” e perché vuole guarire. Ho cercato di utilizzare al momento una confrontazione con il suo vissuto. Ad esempio, gli comunico che sono d'accordo con lui sui suoi miglioramenti ma contemporaneamente cerco di discutere con lui quali altri problemi dobbiamo cercare di affrontare assieme perché lui possa sentirsi ancora meglio.

Gli sviluppi più recenti della nostra relazione sono stati caratterizzati da una cauta apertura di Fabio sul tema del corpo e dei suoi vissuti. Durante uno dei colloqui più recenti mi porta un sogno: ha sognato l'infermiere A. (un infermiere del Servizio) che c'è l'ha con lui e non lo vuole più vedere. La scena si svolge ai bordi di un campo mentre Fabio è intento a zappare la terra. L'infermiere D.

(anche lui infermiere del Servizio) assiste alla scena nel sogno e intercede per Fabio presso A. Fabio racconta il sogno comunicando un senso di rabbia e di avvillimento per il fatto di essersi sentito rifiutato da A. con il quale ha un rapporto amichevole ormai avviato da tempo. Fabio interpreta il sogno in modo delirante sospettando che qualcuno lo abbia trasmesso a lui dopo averlo fabbricato al computer. Le sue associazioni conducono ad un viaggio effettuato di recente all'isola E. insieme ad altri utenti del Servizio ed alcuni operatori. Tra questi si trovano anche i due infermieri del sogno. Durante la permanenza sull'isola Fabio e l'infermiere A. hanno dormito assieme alcune notti condividendo lo stesso letto poiché c'erano problemi di posto. Comunque tutto è andato per il meglio e Fabio è stato contento dell'esperienza. Forse il sogno segnala la presenza di una relazione positiva (la terapia come lavoro dei campi) e le paure (timore di essere rifiutato) che compaiono nel momento in cui si concede ad una maggiore intimità nel rapporto terapeutico.

Nelle sedute successive Fabio ha parlato prevalentemente del suo corpo. La prima impressione è che si tratti di un corpo che viene esibito in alcuni particolari, i più salienti dal punto di vista del vissuto, cioè quelli che potrebbero essere scambiati per sintomi fisici o per sintomi dismorfofobici e ipocondriaci. All'inizio di una seduta mi mostra una lieve ustione al dito che si è procurato accidentalmente. Poi parla di una caviglia che gli fa molto male. Quindi mi riferisce un episodio: era in motocicletta quando improvvisamente ha avvertito una grande energia che saliva dalle gambe sentendosi rin vigorito. Due giorni dopo ha avvertito un senso di tensione pulsante in sede addominale ed ha avuto molta paura. Si trovava in quell'occasione da un amico per giocare assieme alla "play station", gioco che Fabio condivide anche con il fratello. In un'altra seduta mi ha elencato minuziosamente altri disturbi e sensazioni corporee: un problema dentario, una sensazione di benefico rilassamento, un problema di tendinite. La mia impressione è che Fabio possa concedersi di parlare delle sue paure attraverso il corpo. Il corpo è un tramite, un mediatore che ci consente di occuparci delle sue ansie. Permette di aggirare il diniego, quel "va tutto bene" oppure "tutto sotto controllo" che consente a Fabio di auto assicurarsi mantenendo una congrua distanza emotiva ed evitando l'approfondimento di quegli episodi di grave malessere che pure si sono presentati in alcune occasioni da quando abbiamo iniziato la nostra terapia.

Recentemente è successo che durante una trasferta dello spettacolo teatrale Fabio ha avuto un episodio di malessere. Gli operatori hanno notato che si era

steso su una panca in preda ad uno stato di grave angoscia e non voleva più recitare. Esortato a parlarne dice di essersi innamorato a prima vista di una donna sconosciuta che per un attimo si era introdotta fra loro. Il motivo della crisi è dovuto al fatto di aver pensato che se fosse stato davvero un vero uomo sarebbe stato capace di avvicinare la donna e di conoscerla. Il seguito del pensiero è che soltanto se si è veri uomini si è capaci di fare quelle cose che connotano una condizione di maturità e cioè: sposarsi, uscire di casa, essere autonomi, avere dei figli. Lui in quel momento sentiva di aver fallito perché non era stato capace di realizzare il sogno di diventare un vero uomo; così anche la "tournée" è solo un momento di evasione per poi ritornare a casa e tutto ritorna come prima, senza aver potuto dimostrare ai propri familiari di essere stato capace di realizzare la sua emancipazione. Il momento di crisi si è risolto in breve tempo grazie all'intervento degli operatori. I motivi alla base dell'episodio hanno costituito motivo di riflessione nella terapia.

3. Commento

Il gioco, che rappresenta una forma di creatività, potrebbe costituire l'elemento di condivisione fra psicoterapia e teatro, che ha consentito a Fabio di raggiungere un livello di maturità più elevato nel passaggio dall'espressione non verbale delle emozioni alla verbalizzazione². La possibilità di giocare significa anche consentire agli affetti di entrare nella relazione oggettuale, di regolare la distanza emotiva, di promuovere il rapporto tra identità e differenza. Giocare significa poter avere a disposizione uno spazio nel quale sperimentarsi nel vissuto. Un utile richiamo potrebbe esserci suggerito dalle moderne Neuroscienze secondo il Modello di "Spazio di lavoro globale" che usa il Teatro come metafora per spiegare come si genera lo stato di coscienza. Questo modello descrive il cervello come un insieme di processori multipli che operano simultaneamente, organizzati all'interno di un sistema e distribuiti in parallelo. I processori sarebbero equivalenti agli attori. Ciascun attore può essere utilizzabile dallo stato di coscienza soltanto quando è sulla scena, mentre le azioni prodotte dagli attori fuori scena diciamo che sono

² Gli studi di M. Mahler e Coll. hanno evidenziato l'importanza del gioco nel corso del processo evolutivo dopo i primi mesi dalla nascita, come possibilità di accesso alla simbolizzazione, alla verbalizzazione e all'intelligenza rappresentativa. Anche P. Fonagy e M. Target sottolineano il gioco come fase evolutiva verso il conseguimento della Funzione Riflessiva.

inconscie. La coscienza utilizza la memoria attiva come il Teatro utilizza la scena, ciò consente alla memoria di trattenere e di manipolare quantità discrete di informazioni per brevi periodi di tempo. L'attenzione selettiva agisce e dirige la scena illuminando con una macchia di luce soltanto l'azione di alcuni attori sulla scena, lasciando in ombra gli altri e rivelando così i contenuti della coscienza che cambiano in continuazione nel momento in cui alcuni attori entrano in scena mentre altri escono, generando così quello che può essere definito il "flusso di coscienza". Ma ciò che rimane fuori scena – e dal buio circonda, con una frangia di tenue luce soffusa, la scena centrale – è ciò che possiamo definire informazione inconscia destinata ad influenzare in modo altrettanto decisivo lo stato di coscienza.

Lo spazio di gioco di Fabio suggerisce l'immagine di superfici che si avvicinano nelle varie fasi³. S. Mitchell parla di una "Matrice relazionale" nella quale si trova immerso l'individuo nell'integrazione delle sue relazioni. In fondo Mitchell descrive come sia possibile, all'interno di una relazione terapeutica, "allargare", "trasformare" lo schema di relazione ristretto del paziente condizionato dall'esperienza passata ma tuttora attivo. Fabio un giorno mi parlava della recita, alla quale si stava dedicando con entusiasmo, "Vita di Galileo" di B. Brecht e mi diceva: "Io sono Andrea da giovane. Poi da uomo sarei io che divento grande... Io sto con lui (Galileo) ...lui (Andrea) fa delle cose... gli rompe l'astrolabio e lui me le suona...praticamente lui vuole stare assieme a Galileo, ma Galileo lo dice, ha pochi soldi, non riesce ad andare avanti...". Già da queste poche frasi si può intuire a quale sollecitazione sia sottoposto il modello di relazione identificatoria di Fabio, attraverso cui egli si sente continuamente messo alla prova in un "dover" essere "l'uomo adulto di casa" a confronto con l'altro modello, che gli consente di "rompere" simbolicamente le cose rappresentate dalla staticità del modello tolemaico, di essere curioso, di esplorare, di giocare, di essere anche bambino accanto a Galileo. Un'esperienza che ha il costo della sofferenza e del dolore; comunque più accettabile del delirio.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV., *Ho sognato che vivevo. I Teatri della Salute (parte seconda)*. Regione Emilia Romagna: Arte e Salute.
- AAVV. (2012). *Il Teatro Illimitato*. Mantova: Ed. Negretto.
- BRECHT B. (1955). *Leben des Galilei*. Berlin: Suhrkamp Verlag (trad. it. *Vita di Galileo*. Torino: Einaudi 1963).
- COSTANDI M., *50 ideas you really need to know the human brain*. Ebook.
- FONAGY P., TARGET M. (2014). *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. A cura di: V. Lingardi e M. Ammaniti. Milano: Raffaello Cortina.
- MAHLER M.S., PINE F., BERGMAN A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books (trad. it. *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri 1978).
- MITCHELL S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*. Cambridge (Mass.) - London: Harvard University Press (trad. it. *Gli Orientamenti Relazionali in Psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri 1993).

AUTORE

Paolo Tirindelli – Nato a Feltre (BL) il 11/05/1956, medico specializzato in Psichiatria presso l'Istituto "P. Ottonello" dell'Università di Bologna. Ha effettuato la propria formazione nell'ambito della Psicoterapia Psicoanalitica sia con un "training" analitico personale, sia con la partecipazione a Seminari teorici e clinici. Ha scritto alcuni articoli su riviste di carattere psichiatrico come autore e co-autore. Ha lavorato come psichiatra sul territorio presso i Servizi Psichiatrici di Reggio Emilia e San Giorgio di Piano (ex- AUSL Bologna Nord). Ha lavorato presso il Centro di Salute Mentale di Casalecchio di Reno dell'AUSL di Bologna.

PAROLE CHIAVE: *Psicoterapia; Teatro; Wide work space; Corpo*.

KEYWORDS: *Psychotherapy; Theatre; Wide work space; Body*.

³ Questa rappresentazione è ipotetica e non sono escluse delle altre.

SINTESI

L'Autore si interroga se vi sia un'esperienza possibile di condivisione fra Psicoterapia e Teatro. L'occasione si offre grazie al caso di un giovane paziente, Fabio, seguito dal Centro di Salute Mentale e agli inizi di una brillante "performance" teatrale che lo porta in vari luoghi. È lo stesso Fabio che inizierà la psicoterapia utilizzando il gioco non verbale, per ricercare espressioni verbali nel suo vissuto. Il gioco diviene così metafora comune ad entrambi gli ambiti. Psicoterapia e Teatro divengono così Spazi allargati di lavoro simbolico ove ciò che viene agito e rappresentato nel Teatro può diventare spunto di riflessione e di ricongiunzione in Psicoterapia con nuove possibilità evolutive.

ABSTRACT

The author wonders whether there is a possible sharing experience between psychotherapy and theatre. This opportunity offers itself thanks to the case of a young patient, named Fabio, followed by mental health center and the beginning of a brilliant theatrical performance which took him to various places. It's the same Fabio who will begin psychotherapy using the nonverbal game to search for verbal expression in his lived.

The games becomes metaphors common to both counts. Psychotherapy and theatre become enlarged symbolic work spaces where what is implemented and performed in theatre can become a starting point for a reflection and a reunion in psychotherapy with new evolutionary possibilities.